Rok XXIX. Kraków, 4 Października 1890. Nr. 40.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH

KRAKOWSKIEGO I GALICYJSKIEGO

wychodzi co Sobota, w objętości średniéj półtora arkusza.

Redaktor główny: prof. Dr. L. Blumenstok.

Redakcyja: Na Podwalu (w domu p. prof. Jakubowskiego) Nr. 10.

Administracyja: Zakład fizyjologiczny, Collegium physicum.

Ekspedycyja miejscowa w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny, 36.

Cena ogłoszeń, które przyjmują: *w Krakowie* Administracyja, a *w Paryżu* p. Adam 81 Rue des Saintes Peres, wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 cent.

Przedpłatę przyjmują: Administracya i księgarnia p. Krzyżanowskiego *w Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, *w Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, *w Paryżu* p. Adam, 81, Rue des Saintes Pèrcs.

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:

Rocznie:	w Austryi 8 złr. 80 ct.	w Król. Polskiém i Ces. Ros. 6 rsr.	w Niemczech 14 mk	we Francyi 24 fr.
Półrocznie:	„ 4 „ 40 „	„ „ „ „ 3 „	„ 7 „	„ 12 „
Kwartalnie:	„ 2 „ 20 „	„ „ „ „ $1\frac{1}{2}$ „	„ $3\frac{1}{2}$ „	„ 6 „

I. Z kliniki położniczo-ginekologicznéj Prof. Dra M. Madurowicza.

O cięciu cesarskiem zachowawczem w przypadkach zbliznowacenia pochwy.

Napisał
Dr. Stanisław Braun
pierwszy asystent téjże kliniki.

Jeżeli po siódmym miesiącu ciąży umiera ciężarna lub rodząca w takiéj chwili porodu, gdy szyjka maciczna nie jest na tyle rozszerzona, aby przez nią szybko wydodyć na zewnątrz płód, który może żyć jeszcze jakiś czas po śmierci matki, — to z chwilą, gdy matka przestaje oddechać, stwierdziwszy brak skurczów jéj serca otwieramy jamę brzuszną i macicę i wydobywamy płód.

Podczas gdy téj metody najdawniejszéj, zwanéj klasyczną, używamy jedynie po śmierci matki, to gdy nam przyjdzie rozwiązać matkę za życia drogą porodową sztuczną, wykonywamy cięcie cesarskie według metody Saengera lub Porry.

Metoda Saengera powstała w ostatnich czasach i jest obecnie powszechnie stósowaną. Jest ona bowiem metodą zachowawczą, to jest, że pozostawiając części rodne matce niepozbawiamy jéj możności powtórnego zastąpienia.

W metodzie zaś Porry, jak wiadomo, wycinamy macicę razem z jéj częściami dodatkowemi, przez co robimy kobietę raz na zawsze niepłodną. Z tego to ostatniego powodu stosuje się metodę Porry bardzo rzadko, a jest ona wskazaną w następujących trzech przypadkach:

1) jeżeli macica jest dotknięta nowotworem złośliwym;

2) jeżeli istnieją wśród operacyi objawy zakaźnego zapalenia błony śluzowéj macicy;

3) jeżeli szyjka maciczna lub pochwa uległy zarośnięciu lub tak znacznemu ścieśnieniu bliznowatemu, że zachodzi obawa, aby podczas połogu nie zatrzymały się odchody połogowe ponad miejscem ścieśnionem (lochiometra).

W tych przypadkach przez zastosowanie metody Porry zapobiegamy jużto zakażeniu połogowemu, jużto krwotokowi.

Jakkolwiekby się zdawało, że powyższe wskazania do metody Porry są aż nadto uzasadnione i że w podobnych przypadkach należałoby wykonywać cięcie cesarskie li tylko według Porry, to przecież te wskazania, aczkolwiek skąpe, mogą być jeszcze więcéj ograniczone, jak to literatura z najnowszych czasów wykazuje. Jeżeli bowiem przejrzymy 135 przypadków cięcia cesarskiego zachowawczego, które wykonali różni operatorowie od roku 1882 do 1888 na całéj kuli ziemskiéj, a które ściśle według dat statystycznych zestawili Credé i Caruso w *Archiv für Gynaekologie*, to znajdziemy, że w pięciu przypadkach, w których według powszechnie przyjętych zasad wykonać należałoby cięcie cesarskie według Porry, zastósowano sposób Saengera. Są to cztery przypadki raka szyjki macicznéj, a jeden znacznego zbliznowacenia szyjki macicznéj i pochwy.

Przyczyną, dla czego rozwinęła się tak silna reakcyja przeciw cięciu cesarskiemu według Porry na korzyść sposobu Saengera, jest okoliczność, że, jak statystyka wykazuje, przypadków śmierci po sposobie Porry jest daleko więcéj niż po sposobie Saengera.

Ściśle biorąc mielibyśmy obecnie do cięcia cesarskiego według Porry zaledwo jedno wskazanie, to jest, jeżeli podczas operacyi stwierdzamy objawy zakaźnego zapalenia błony śluzowéj macicy.

Czy owo ograniczanie coraz to większe wskazań do wykonywania metody Porry, a przeciwnie rozszerzanie wskazań do sposobu Saengera, jest usprawiedliwione, na to pozwolę sobie przytoczyć kilka uwag w celu wyjaśnienia téj sprawy.

Jeżeli w przypadkach raka szyjki macicznéj przypadnie nam rozwiązać matkę drogą sztuczną, to nowotwór jest tak mocno rozwinięty, że zajmuje nietylko szyjkę maciczną, ale i tkankę łączną omaciczną, gruczoły kreskowe i pachwinowe. Są to przypadki tak daleko rozwiniętego charłactwa rakowego, że w podobnych razach, tak podczas ciąży, jak i po za okresem płodzenia nie można już myśleć o leczeniu doszczętnem. Kobieta jest straconą, a jeżeli wykonywamy cięcie cesarskie, to jedynie dla tego, aby uczynić zadość zasadzie:

„ratować co się da“. Jeżeli wydobędziemy płód i do tego żywy, to zadanie nasze lecznicze jest już skończone. Cierpienie bowiem główne nie zostanie ani doszczętnie wyleczone, ani w rozwoju dalszym powstrzymane, czy to po wydobyciu płodu odetniemy macicę z częściami dodatkowemi i wszyjemy szypułę w dolny kąt rany brzusznéj, jak to poleca Perro; czy też macicę zeszyjemy dokładnie, oczyścimy i zapuścimy do jamy brzusznéj, jak tego wymaga sposób Saengera. Rozpad nowotworu, który może wywołać ogólne zakażenie, nie może być powstrzymany ani jedną ani drugą metodą, zależy bowiem od utrudnionego krążenia w samym nowotworze. Co się tyczy krwotoku, to może on powstać z nowotworu po każdéj metodzie.

Ta tylko zachodzi różnica pomiędzy postępowaniem pierwszem a drugiem, że metoda Porry wymaga więcéj czasu niżeli metoda Saengera, co dla organizmu już i tak znacznie zniszczonego przez charłactwo rakowe nie jest rzeczą obojętną; powtóre, że leczenie następowe po metodzie Saengera jest więcéj uproszczone i krótsze, niż po metodzie Porry.

Jak z tego widać i do przypadków, gdzie macica jest dotknięta nowotworem złośliwym, nadaje się lepiéj sposób Saengera.

Inaczéj rzecz się ma, czy w przypadkach zbliznowacenia pochwy mamy wykonać cięcie cesarskie według metody Saengera lub Porry?

Jeżeli zbliznowacenie pochwy jest tak znaczne, że o usunięciu ścieśnienia czy to naturalnem przez napierającą główkę na miejsce zwężone, czy to sztucznem drogą krwawą przez nacięcia boczne miejsca zwężonego, albo drogą bezkrwawą przez wprowadzenie ciał pęczniejących, rozszerzadeł metalowych lub kauczukowych coraz to większych, baloników coraz więcéj płynem desinfekcyjnym wypełnionych, mowy być nie może i wtedy otwieramy jamę brzuszną i macicę, wydobywamy na zewnątrz płód wraz z popłodem. Jeżeli teraz macicę dokładnie oczyszczoną zeszyjemy i zapuścimy do jamy brzusznéj, to w warunkach korzystnych połóg może przebiegać zupełnie prawidłowo i po trzech tygodniach można położnicę uważać za zupełnie zdrową. Po kilku miesiącach można podjąć operacyję w celu usunięcia ścieśnienia pochwy. Przez cały czas atoli po operacyi musimy być przygotowani na możność wystąpienia dwóch arcyniebezpiecznych powikłań, a mianowicie: krwotoku i zatrzymania się odchodów połogowych w większéj ilości w macicy z powodu utrudnionego odpływu na zewnątrz (lochiometra). Krwotok po cięciu cesarskiem według sposobu Saengera występuje albo z niedowładu macicy, jeżeli poród przedtem bardzo długo trwał i szyjka maciczna uległa nadmiernemu rozszerzeniu, albo jeżeli została przecięta tętnica maciczna, jak się to zdarza, jeżeli przecinamy macicę bardzo nisko poniżéj pierścienia zwężającego Schroedera.

W przypadkach krwotoku lżejszych stosujemy okłady lodowe na brzuch, nacieramy dno macicy, podajemy przez usta lub w lewatywach przetwory sporyszu, wstrzykujemy pod skórą ergotynę, co działa najprędzéj i najskuteczniéj.

W przypadkach krwotoku cięższych stoimy przed chorą dosyć bezczynni, gdyż niemożemy z powodu zwężenia pochwy zastosować innych środków działających od pochwy bardzo korzystnie na powstrzymanie krwotoku, jak wstrzykiwania wody karbolowéj słabéj, oziębionéj lub ogrzanéj do 40° C., tamponowania gazą jodoformową macicy i pochwy według Dührsena, masowania wnętrza macicy. W takim razie będzie się gromadzić krew w coraz to większéj ilości w jamie macicy i może sprowadzić śmierć matki, albo przez ostrą niedokrewność, albo przez zapalenie otrzewny, jeżeli krew nagromadzona sprowadzi pęknięcie szwów rany macicznéj i przedostanie się do jamy brzusznéj.

Taki sam niepomyślny wynik operacyi nastąpić może, jeżeli zamiast krwi odchody połogowe nagromadzą się w większéj ilości w macicy i przedostaną się choćby w skąpéj ilości do jamy brzusznéj.

Dlatego to w czasach, kiedy nieumiano dokładnie zespoić rany macicznéj, tak często przychodziło po cięciu cesarskiem klasycznem do śmiertelnego zapalenia otrzewny z powodu przedostania się odchodów połogowych do jamy brzusznéj.

W przypadku tak znacznéj lochiometra można jeszcze uratować chorą przebiciem macicy od strony pochwy lub kiszki stolcowéj za pomocą grubego trójgrańca Flouranta, przez pozostawioną kaniulę mogą odpływać odchody i mniejsze skrzepy krwi, przez co zawartość macicy znacznie się pomniejszy i niebezpieczeństwo zostanie usunięte.

W daleko trudniejszem położeniu znajduje się lekarz, jeżeli w przypadku zbliznowacenia pochwy przyjdzie w połogu do zakaźnego zapalenia błony śluzowéj macicy. W takich razach obok podawania kalomelu wewnętrznie, mniéj skutecznie leków przeciwgorączkowych, wysokich dawek alkoholu, jak wina, koniaku, pożywnéj, płynnéj dyjety, stosowania kąpieli letnich z zimnemi natryskami, zawijań w zimne prześcieradła, obmywania ciała z octem na wpół z wodą, najenergiczniejszym i najskuteczniejszym środkiem jest wystrzykiwanie częste jamy macicy ciepłym 3% kwasem karbolowym i założenie do szyjki macicznéj pręcików jodoformowych lub gazy jodoformowéj zanurzonéj w 5% kwasie karbolowym. W przypadkach cięższych uratować można chorą przez łyżeczkowanie wnętrza jamy macicy z następowem odwietrzaniem. Wprawdzie w pierwszych dniach po cięciu cesarskiem zachowawczem nawet w przypadkach drożnéj pochwy nie można wstrzykiwać płynów odwietrzających, z obawy, aby się nie przedostały do brzucha, ale możnaby zakładać dla odwietrzania macicy pręciki jodoformowe lub gazę jodoformową, a w późniejszym czasie nawet wystrzykiwać byle ostrożnie, jak i łyżeczkować, jeżeli zajdzie nagląca potrzeba.

Tych wszystkich procedur nie można zastosować, jeżeli pochwa jest znacznie zwężona. (Dok. nast.).

II. Elektroliza przy leczeniu raków nie nadających się do operacyi.

Podał

Dr. H. Schramm we Lwowie.

Elektroliza to rzecz nie nowa w medycynie. Stosowano ją od lat kilku w rozmaitych celach, jak do leczenia *acne rosacea*, w celu usunięcia zwężeń, zwłaszcza cewki moczowéj, do leczenia tętniaków i t. p. Apostoli wprowadził metodyczne leczenie elektrolizą guzów macicy, a od tego czasu pojawiają się próby leczenia tym sposobem także innych nowotworów. Gdy jednak spostrzeżenia te są jeszcze skąpe, a zdania co do wartości znanego sposobu leczenia podzielone, nie będzie może zbyteczne, gdy podam moje na tem polu doświadczenia, które lubo jak dotąd skąpe, mogą się przecie przyczynić do rozstrzygnięcia téj kwestyi.

Pierwszym z moich chorych był mężczyzna 56-letni, dotknięty rakiem krtani, który zajął już liczne gruczoły limfatyczne na szyi, zwłaszcza po stronie lewéj, a obok istniejącego znacznego przerostu gruczołu tarczykowego wywołał tak znaczną duszność, że konieczne było wykonanie

tracheotomii. W kilka dni po tej operacyi zacząłem stosować prąd elektryczny. Używałem prądu do 20 milim., przykładając elektrody wielkości srebrnego guldena po prawéj i lewéj stronie szyi. Po 8 posiedzeniach trwających po 5 minut obrzęk na szyi się zmniejszył o 5 centimetr., głównie przez zmniejszenie się gruczołu tarczykowego, podczas gdy twarde, rakowato naciekłe gruczoły limfatyczne pozostały niezmienione. Natomiast wystąpiła zgorzel brzegów rany i błony śluzowéj tchawicy, o ile takowe stykały się z rurką metalową, leżącą w tchawicy. Następstwem było gnilne zapalenie płuc i śmierć w 16 dni po tracheotomii. Być może, że tego powikłania dałoby się uniknąć przez założenie rurki kauczukowéj, która nie będąc dobrym przewodnikiem elektryczności, nie byłaby może sprowadziła zgorzeli przylegających części rany. W przypadku tym jednak musiałem z powodu znacznego obrzęku na szyi stosować spiralną kaniulę Königa, odpowiedniéj kaniuli kauczukowéj nie miałem pod ręką. Działania elektrolizy jednak korzystnego na rakowato zmienione tkanki w tym przypadku nie mogłem zauważyć.

Drugi przypadek dotyczy chorego 74-letniego, u którego przed 2 laty wykonałem prawie całkowite wycięcie języka z powodu raka i wyłuszczyłem zwyrodniałe gruczoły limfatyczne po prawéj stronie szyi. W polowie kwietnia br. zgłosił się do mnie chory z tak rozległą recydywą na szczęce dolnéj i w gruczołach limfatycznych, że o ponownym zabiegu operacyjnym nie mogło już być mowy. Chory cierpiał na znaczne bóle neuralgiczne w prawéj połowie głowy i nieznośne strzykanie w prawem uchu tak, że po nocach nie mógł sypiać, mimo znacznych dawek chloralu. Zacząłem więc stosować elektrolizę o prądzie 12 do 16 milim. ampère, przykładając elektrody na różne części nowotworu na szyi i szczęce na każdem miejscu po 3 minuty tak, że jedno posiedzenie trwało kwadrans.

Skutek był ten, że bóle neuralgiczne i strzykanie w uchu ustąpiły zupełnie, a pacyjent po 2 tygodniach pojechał do domu. W 10 dni późniéj jednak powrócił, gdyż dawne przypadłości wróciły w téj saméj sile. Odtąd elektryzuję tego chorego codziennie od 20 maja, zatem odbył posiedzeń już blisko 70. Muszę jednak powiedzieć, że skutek przedmiotowy jest żaden. Nowotwór nie zmniejsza się wcale, owszem powiększa się wprawdzie bardzo powoli, ale wnosząc z poprzedniego przebiegu i bez elektrolizy nie rósłby prędzéj. Przy codziennem stosowaniu elektrolizy utworzył się nowy przerzut w niżéj położonym gruczole limfatycznym, a w ostatnich dniach zaczyna się rozpad nowotworu na szyi. Jedyną korzyścią jest, że bóle neuralgiczne, które dawniéj choremu tak dokuczały, dotychczas nie wróciły.

Wyniki zatem moje są o wiele niekorzystniejsze, niż w przypadkach opisanych przez Jaworowskiego, być może z powodu, że Jaworowski nie miał przed sobą nowotworów rakowych. Z moich spostrzeżeń wynikałoby, że przy rakach nie można sobie obiecywać z elektrolizy jakichś nadzwyczajnych wyników, że środek ten można uważać tylko jako środek kojący bóle; zresztą dalsze doświadczenia są konieczne do wydania ostatecznego sądu o téj w każdym razie ważnéj sprawie.

III. Mięsak rogówki.

Podał
Dr. med. Konrad Rumszewicz w Kijowie.
(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 39).

Wyniki badania histologicznego nowotworu.

A) Zmiany w spojówce. Ponieważ, jak powyżéj już przytoczyłem, ledwo nie wszystkie nowotwory rogówki, według spostrzeżeń dotychczasowych, pochodziły od spojówki, i powstawały zwykle w okolicy rąbka téjże; na stan spojówki szczególną zwróciłem uwagę, co tem łatwiéj było ze względu, że obcięcia jéj dokonałem na znacznéj odległości od rąbka. Spojówka najbardziéj była zgrubiałą w okolicy górnego i zewnętrznego wycinka. Nabłonek wszędzie był bardzo zgrubiały: stanowiły go około 10 lub więcéj nawet warstw komórek. Komórki warstwy najgłębszéj kształt miały sześcienny, komórki warstw następujących były okrągłe lub nieprawidłowe, wreszcie komórki warstw zewnętrznych zupełnie płaskie. W odległości przeszło 2 mm. od rąbka nabłonek tworzył czopki, zwykle coraz wyższe w kierunku ku rąbkowi, aż wreszcie na samym rąbku w miejscu, w którem zwykle spostrzegamy znaczne zgrubienie nabłonka, wysokość spostrzeganych na cięciach czopków znacznie przenosiła 0·5 mm., w niektórych miejscach wierzchołki czopków dochodziły nawet ledwo nie do saméj błony Descemeta. Czopki te były widzialne na wszystkich zgoła cięciach, tworzyły więc one dokoła brzegu rogówki jakby koronę.

Wskutek powstawania owych czopków nabłonkowych na spojówce nieopodal brzegu rogówki spostrzegaliśmy bardzo rozwinięte brodaweczki błony śluzowéj. Brodaweczki te składały się z luźnéj tkanki łącznéj i posiadały obficie komórki okrągłe, zwłaszcza w pobliżu dość grubych pętel naczyniowych o cienkich ścianach, które się w każdéj brodaweczce znajdowały. Głębiéj znalazłem grubą warstwę luźnéj tkanki łącznéj, zawierającą powstające na nowo naczynia i dość liczne komórki, chociaż okrągłych komórek napotykałem tu już bardzo niewiele. Warstwa téj tkanki w kierunku ku brzegowi rogówki coraz cieńszą się stawała, opisana zaś wyżéj korona nabłonkowa, w miejscu rąbka położona, wyraźnie oddzielała ją od brzegu rogówki. Naczynia krwionośne bardzo były zgrubiałe na całéj przestrzeni wyciętéj spojówki, w okolicy zaś górnego i zewnętrznego wycinka, na przestrzeni przeszło 3 mm. dokoła obwodu rogówki, spojówka miała budowę raczéj naczyniaka jamistego, tak dalece obfitowała w naczynia. Gdy naczynia brodaweczek miały bardzo cienkie ściany, te naczynia stosunkowo bardzo grube miały ściany; pomiędzy niemi znajdowała się tkanka łączna w bardzo małéj ilości, w tkance zaś téj komórek okrągłych wcale już nie było. Miejsce to więc spojówki pod względem budowy swéj znacznie się różniło od pozostałych części spojówki, przeważały tu naczynia krwionośne dla nowotworu przeznaczone. Naczynia te nie rozgałęziały się w obrębie spojówki, lecz przez koronę nabłonkową wstępowały do rogówki i późniéj dopiero do samego nowotworu. Ściany naczyń, jak powiedziałem już, dość znaczną miały grubość, ta zaś łatwo tłumaczy brak w miejscu tem komórek okrągłych, gdyż warunki dla występowania takowych z naczyń krwionośnych nie były łatwe; przeciwnie w pobliżu cienkich naczyń krwionośnych, zwłaszcza w obrębie powstałych w spojówce gałki brodaweczek, komórki okrągłe w bardzo znacznéj napotykałem ilości. Prócz opisanego, że tak powiem, naczyniowego pasemka w okolicy górnego i zewnętrznego wycinka, naczynia krwionośne wstępowały do nowotworu jeszcze w kilku innych miejscach, lecz były tu one o wiele cieńsze, nadto znajdowałem je stosunkowo w bardzo małéj ilości, bo też, jak niebawem opiszę, szczególny stosunek nowotworu do rogówki li tylko w obrębie tego wycinka ułatwiał wstęp naczyń do nowotworu, mianowicie w tem tylko miejscu nowotwór był najbardziéj zbliżony do rąbka spojówki, naczynia zaś najbliższą obierały drogę; to też w miejscach, gdzie podstawa nowotworu bardzo była oddaloną od rąbka spojówki, naczynia wcale doń nie wstępowały; w okolicy wewnętrznego i dolnego wycinka wcale też ich nie spostrzegałem. Wspomnę jeszcze, że w tkance łącznéj zgrubiałéj błony ledwo nie wszędzie znajdowałem bardzo obfite wynaczynienia, które były głównym powodem pośmiertnego jeszcze znaczniejszego zgrubienia błony łącznéj gałki; grubość jéj w wielu miejscach wynosiła przeszło 2 mm. Wynaczynienia powstały prawdopodobnie podczas operacyi; w obrębie wycinka naczyniowego wcale ich nie spostrzegałem.

Tak więc szczegółowe badanie spojówki stanowczo nie wykryło w niéj żadnego nowotworu, cały zaś udział jéj w budowie nowotworu zależał li tylko na tem, iż dostarczała mu naczyń krwionośnych. Pomiędzy naczyniami temi znajdowała się uboga w komórki włóknista tkanka łączna, nadto w ilości bardzo nieznacznéj. Dodać mi tu wypada, że zmiany, które w spojówce znalazłem, najzupełniéj przypominają zjawiska, opisane niedawno przez Schöbla w pracy jego: *Bemerkungen über Conjunctivitis hyperplastica et Catarrhus*

vernalis (*Centralblatt f. prakt. Augenheilkunde*, 1890, kwiecień). Wspomina też on sam, że podrażnienie, które wywołuje zmiany *Conjunctivitidi hyperplasticae* właściwe, pochodzić może niekiedy również od powstających w spojówce złośliwych nowotworów. W naszym przypadku wywołało je powstanie nowotworu w rogówce.

B) Nabłonek nowotworu i stosunek nowotworu do rogówki. Z rogówki nabłonek bezpośrednio przechodził na nowotwór. Przytem budowa warstwy nabłonkowéj o tyle chyba ulegała zmianie, że stawała się ona znacznie cieńszą, gdyż stanowiły ją już nie kilkanaście, lecz 5—7 warstw komórek, nadto komórki warstwy wewnętrznéj traciły kształt walcowaty i stawały się płaskiemi. Na zewnętrznéj powierzchni nowotworu komórki były zrogowaciałe. Największą grubość warstwa nabłonkowa miała bezpośrednio obok saméj podstawy nowotworu, o któréj też w tem miejscu wypada pomówić nieco obszerniéj.

Już pierwsze badanie chorego udowodniło, że podstawa nowotworu w kształcie płaskiego grzyba wyrosłego, o wiele mniejszą była od saméj rogówki, mianowicie nader ostrożne co prawda badanie za pomocą sondy zniewalało do przypuszczenia, że tylko w okolicy górnego i zewnętrznego wycinka nowotwór dochodził do brzegu rogówki, rąbek zaś był zupełnie swobodny; w innych natomiast okolicach brzeg podstawy nowotworu znacznie był posunięty ku wewnątrz od brzegu rogówki. Badanie drobnowidowe dowiodło, że nawet w okolicy górnego i zewnętrznego wycinka, poza wspomnianą już a odpowiadającą rąbkowi spojówki koroną nabłonkową, nabłonek posuwał się ku środkowi rogówki jeszcze prawie o 3 mm.; brzeg jego wewnętrzny znajdował się znacznie ku wewnątrz od wierzchołków wyrostków rzęskowych, od korony rzęskowéj, a więc bezwarunkowo w obrębie nie białkówki, lecz saméj rogówki. Warstwa nabłonkowa była tu znacznie zgrubiałą, gdyż powstawała jakby wskutek połączenia nabłonków rogówki i nowotworu, czyli była jakby wspólną dla obu. Naczynia krwionośne wstępowały do nowotworu, następnie rozgałęziały się w kierunku promienistym. Już wyżéj powiedziałem, że w wycinku naczyniowym spojówki nie spostrzegaliśmy okrągłych komórek, lecz tylko w nieznacznéj ilości włóknistą tkankę łączną. Ten sam stosunek spostrzegaliśmy już po wstąpieniu naczyń do tkanki rogówki, a następnie do nowotworu, z tą chyba różnicą, że przy zupełnym braku nacieczenia drobnokomórkowego, szypułka, że tak powiem, nowotworu zawierała obficiéj luźną tkankę łączną. W okolicy rogówki, przyległéj do wycinka naczyniowego spojówki, naczynia zajmowały całą jéj grubość, dochodząc ledwo nie do saméj błony Descemeta, a wskutek tego właściwa tkanka rogówki występowała tu bardzo słabo i li tylko w warstwie wewnętrznéj, gdyż inne warstwy znowu przypominały raczéj naczyniowy układ jamisty.

Tak więc nawet w wycinku górnym i zewnętrznym podstawa nowotworu znacznie była odsuniętą od brzegu rąbka rogówki. W pozostałych częściach obwodu badanie drobnowidowe udowodniło jeszcze znaczniejsze odsunięcie. Tak na przykład w okolicy dolnego i wewnętrznego wycinka mogłem przesunąć sondę o 3 mm. od rąbka ku środkowi rogówki, badanie zaś drobnowidowe dowiodło, że w miejscu tem w istocie na przestrzeni 3 mm. rogówka i nowotwór miały osobne powłoki nabłonkowe, daléj zaś obie powłoki łączyły się razem i jako bardzo gruba wspólna warstwa kierowały się ku górze i ku zewnątrz. Warstwa ta oddzielała nowotwór od rogówki tak dalece, że podstawa pierwszego miała powierzchni mniéj lub więcéj 3 mm. kw. i była położoną w obrębie górnego i zewnętrznego wycinka rogówki, lecz ku wewnątrz od brzegu téjże, a dłuższy wymiar miał kierunek od góry ku dołowi.

Dziwną budowę posiadała ta nabłonkowa warstwa demarkacyjna. Nabłonek rogówki bliżéj brzegu jéj na razie w niczem się nie różnił od prawidłowego. Gdy na pewnéj odległości od brzegu rogówki (odległość zaś ta, jak opisałem już, była bardzo rozmaitą, niekiedy nawet równała się 8 mm.), warstwy nabłonkowe rogówki i wewnętrznéj powierzchni nowotworu łączyły się ze sobą, powstała w ten sposób nabłonkowa warstwa demarkacyjna zwykle na pewnéj przestrzeni w kierunku ku zewnątrz znaczną i zrazu zwykle jednostajną miała grubość. Prawidłowości budowy obu części składowych nabłonka dostrzegaliśmy tu tylko już o tyle, że warstwy, zwrócone ku błonie Bowmana i ku wewnętrznéj powierzchni nowotworu, kształt miały sześcienny, wszystkie zaś inne komórki nabłonkowe przybierały kształt płaski; o wielkości komórek nabłonkowych nicby się nie dało powiedzieć. Im daléj ku wewnątrz, tem bardziéj warstwa demarkacyjna stawała się nieprawidłową, mianowicie na powierzchni jéj powstawały liczne wyniosłości, daléj czopki, w końcu, zwłaszcza obok miejsca bezpośredniego połączenia nowotworu z samą rogówką, na cięciach spostrzegaliśmy spore masy okrągłe, podłużne lub wreszcie zupełnie nieprawidłowe z tkanki nabłonkowéj utworzone, a połączone z brzegiem warstwy demarkacyjnéj bądź szeroką podstawą, bądź też za pomocą cienkich szypułek, a wskutek tego, gdy cięcie nie wypadło w kierunku szypułek, w wielu miejscach spostrzegałem odosobnione masy nabłonkowe, często dwie lub więcéj obok siebie położone. Wielkość ich tak dalece znaczną była, że średnica często przenosiła 0·5 mm., na wyrobach więc odpowiednio zabarwionych swobodnie mogliśmy spostrzedz je gołem okiem. Wyrostki nabłonka i utwory szypułkowate były skierowane przeważnie ku nowotworowi, jednakże niekiedy spostrzegaliśmy je i w saméj rogówce, a tu tworzyły one jakby dalszy szereg czopków, powstałych w przyległych do rogówki częściach spojówki gałki. Niekiedy masy okrągłe najzupełniéj przypominały cebulki w rakowcu spostrzegane. Tworzenie czopków i wyrostków nabłonkowych dochodziło do samego obwodu nowotworu, właśnie w tem miejscu czopki dochodziły niekiedy od wewnętrznéj powierzchni nowotworu aż do zewnętrznéj tak, iż wskutek tego na cięciach pewne części nowotworu przedstawiały się jako zupełnie oddzielone od masy ogólnéj.

Brzeg więc nabłonkowéj warstwy demarkacyjnéj, czyli właściwie brzeg otworu w niéj, przez który nowotwór łączył się bezpośrednio z rogówką, nie tylko nie był cienki, lecz



przeciwnie znacznie zgrubiały, częstokroć bardzo nieprawidłowy z wyjątkiem wycinka górnego i zewnętrznego rogówki, przez który, jak wspomniałem już, wstępowały do nowotworu ledwo nie wszystkie naczynia krwionośne od spojówki doń zmierzające, w błonie Descemeta ani też w warstwach głębszych istoty własnéj rogówki żadnych zgoła zmian nie znalazłem, w warstwach zewnętrznych natomiast spostrzegłem znaczniejsze jeszcze niż zwykle rozluźnienie blaszek rogówki i może nieco znaczniejszą obfitość stałych komórek rogówki. Nacieczenia drobnokomórkowego nie było ani śladu, zresztą przy oględzinach chorego, mogliśmy się przekonać, że część rogówki dla oka widzialna zupełnie nawet była przeźroczystą. Również błona Bowmana najpiękniéj była przechowaną pod nabłonkiem rogówki do wspomnianego otworu w warstwie demarkacyjnéj. W obrębie tego otworu całość błony była naruszoną i jakkolwiek spostrzegaliśmy ją w niektórych miejscach, lecz najczęściéj lub wcale jéj nie było, lub też zmieniała ona swój kierunek (patrz rysunek) udając się bardziéj ku przodowi i wchodząc na nieznacznéj przestrzeni nawet do szypułki nowotworu. Wyraźnem też było, że przednie warstwy istoty właściwéj rogówki podnosiły błonę Bowmana, naruszały jéj całość i następnie wstępowały do istoty nowotworu. (Dok nast.)

IV. O nerwicach urazowych.

Podał

Doc. Dr. Gustaw Piotrowski.

(Dok. Patrz Nr. 39).

W końcu poruszyć muszę kwestyję nader ważną, w monografii Oppenheima nie dosyć uwzględnioną, mianowicie kwestyję symulacyi. Robotnicy i służba kolejowa dla zapewnienia sobie w łatwy sposób wynagrodzenia pieniężnego korzystają z nadarzającego się przypadku i udają pewne objawy chorobowe. Szczególnie w miejscach, gdzie ruch czy to kolejowy, czy to fabryczny jest więcéj ożywiony i gdzie przypadki są częstsze, oszuści ucząc się na prawdziwie chorych naśladują ich ze zdumiewającem mistrzowstwem. Seeligmüller opisuje robotnika kolejowego, który przez 3 miesiące udawał drżenie rąk i nóg. Benedikt zaś opisuje żołnierza symulującego drżenie ramienia tak długo, że nie ustawało ono jeszcze czas dłuższy już po przyznaniu się do winy. Drżenie takie jest nadzwyczaj trudne do sprawdzenia. Seeligmüller radzi, aby w podobnych przypadkach, mianowicie jeśli się odnosi do kończyn dolnych, położyć pacyjenta w łóżku na brzuch, aby nie mógł widzieć swych nóg, następnie zgiąć mu nogi w kolanach tak, aby podudzie stało prostopadle do uda. Wtedy ustanie drżenie, a skoro się nogi opuści, drżenie nie pojawi się odrazu, lecz dopiero w czas pewien, jeśli jest symulowane. Jeśli się następnie podłoży pod palce u nóg szybę szklaną posmarowaną oliwą, wtedy drżenie również ustanie.

Oppenheim zarzuca temu sposobowi zupełny brak wartości, twierdząc, że drżenie, jakie powstaje w *sclerosis disseminata, paralysis spinalis spastica* itd. przez naciąganie ścięgna Achillesa przy oparciu palca wielkiego i zgięciu stopy, również ustaje w powyższych warunkach.

Seeligmüller ze swéj strony usiłuje odpierać ten zarzut, odnosząc swój sposób do przypadków, gdzie drżenie jest jedynym tylko objawem chorobowym i podaje, że stwierdził nieustawanie tegoż przy swojéj próbie w chorobie Parkinsona.

Z kolei znów zarzuca Oppenheim, że drżenie u histeryków i neurasteników również łatwo znika przy kontroli sposobem Seeligmüllera. Zarzut to nader ważny, tem więcéj, że jak Pitres wykazał w artykule swoim *Des tremblements histériques. Progr. méd.* 1889, Sept. Nr. 37—33, występuje w histeryi stosunkowo dość często drżenie nóg w postawie siedzącéj lub stojącéj, które ustępuje zupełnie w postawie leżącéj. Tak więc rzeczywiście próba Seeligmüllera nie jest stanowczo rozstrzygającą.

O wiele łatwiéj już wykazać można udawanie porażeń czy to wiotkich, czy to skurczowych.

Jeżeli np. rozchodzi się o porażenie ramienia, wtedy stosuje się prąd faradyczny na splot ramieniowy dostatecznéj siły, ażeby podnieść ramię w górę. Następnie zwraca się uwagę badanego w innym kierunku i albo powoli osłabia siłę prądu, lub taż nagle go się przerywa przy drgającym ciągle młoteczku przyrządu indukcyjnego. Jeżeli porażenie jest prawdziwe, wtedy ręka albo opada powoli równocześnie z osłabieniem prądu, lub też nagle z usunięciem tegoż, podczas gdy symulant trzyma jeszcze ramię wzniesione dłuższy czas, zanim się zdoła połapać w swem położeniu.

Symulowanie przykurczeń możnaby sprawdzić za pomocą sposobu, którego w swym czasie używał Charcot dla udowodnienia prawdziwości przykurczeń w hypnozie. Weźmy konkretny przypadek, np. zaciśnięcia palców u ręki. Jeśli się rękę przymocuje, dajmy na to do stolu za pomocą bandaża, a następnie obwiąże palce opaską przymocowaną do sznurka przeciągniętego przez bloczek w ten sposób, że ciężarki umieszczone na końcu sznurka dążą do wyprostowania palców, to po pewnym czasie, czy by to było przykurczenie udane, czy też prawdziwe, wywołane suggestyją w hypnozie, palce zaczną się powoli roztwierać przy dostatecznem ciążeniu. Jeśli jednakże zapisywać się będzie równocześnie na walcu ruchy oddechowe za pomocą pneumografu, wtedy otrzyma się rozmaite stosunki. W przykurczeniach prawdziwych pneumograf zapisze ruchy oddechowe spokojne, jednostajne. U symulanta zaś będą się stawały coraz więcéj nieregularnemi, już to szybszemi i powierzchowniejszemi, już to rzadszemi i głębszemi, w miarę wysiłku w celu utrzymania przykurczenia.

Co do unieruchomień członków, ankyloz, to nieznane mi są przypadki symulacyi, zachodzi jednak inna trudność rozpoznawcza, a mianowicie, czy ankyloza jest na tle czysto nerwowem, histeryczna, czy też z podstawą anatomiczną. Najpewniejsze jeszcze w tych razach badanie w narkozie chloroformowéj nie zawsze daje wyniki rozstrzygające. Charcot opisuje przypadki, w których przy podobnem badaniu nie znaleziono żadnych zmian w stawie, jak np. chrzęszczenia, ankylozę uznano za histeryczną, a jednak skoro się bóle wzmagały i po pewnym czasie ponownie w tenże sposób badano, wykazano wybitne chrzęszczenie, a nawet tworzenie się ropni.

Badanie czucia nie napotyka zwykle zbyt wielkich trudności. Ja postępuję zwykle w ten sposób, że chorego z zasłoniętemi oczyma dotykam n. p. w ramię, pytając się, czy czuje dotknięcie, równocześnie zaś ukłuwam niespodzianie i dostatecznie silnie badanego w inne miejsce, przyczem chory oddziaływa na ból, jeżeli znieczulenie nie jest prawdziwem. Co do próby pędzlem faradycznym, to należy pamiętać, że chory bardzo silne prądy może odczuwać i oddziaływać na nie gwałtownie, mimo że nie czuje kłucia skóry szpilką, prąd bowiem silny działa w tych razach i na głębsze warstwy. Nawet w razach, gdy badany jest na tyle wytrzymały, iż nie zdradza bólu niczem na zewnątrz, możemy sprawę rozstrzygnąć, zapisując ruchy oddechowe pneumografem, ruchy serca

kardyjografem, w końcu zmiany naczyniowe pletysmografem. Wszystkie te sposoby wykażą nam dokładnie oddziaływanie odruchowe narządu oddechowego i krążenia przy silniejszem podrażnianiu nerwów czuciowych. W badaniu czucia trzeba jednak również pewną ostrożność zachować, zmiany bowiem tegoż podlegają w tych przypadkach wahaniom, jak to wykazał Oppenheim. Jakkolwiek wahania te nie są zbyt znaczne, nigdy w tym stopniu, jak w czystéj histeryi, w każdym razie trzeba się liczyć z niemi i w sądzie być oględnym.

Ścieśnienie pola widzenia symulowane wykazać można dokładnemi i częściéj powtarzanemi pomiarami za pomocą perimetru. Jasną jest bowiem rzeczą, że niepodobieństwem jest udawać je z pewną, choćby przybliżoną zgodnością i z zachowaniem fizyjologicznego następstwa barw. Jak wiadomo najobszerniejsze pole widzenia jest dla barwy białéj, następnie niebieskiéj, potem czerwonéj, zielonéj, w końcu fijołkowéj. Zazwyczaj ścieśnienie pola widzenia bywa w tem samem następstwie, z wyjątkiem w histeryi, gdzie czasem pole widzenia jest szersze dla barwy czerwonéj, aniżeli niebieskiéj. I tutaj jednak wyniki badań trzeba oceniać z bardzo wielką przezornością. Jeśli się ponawia kilkakrotnie badanie pola widzenia dla barwy białéj, to otrzymuje się za każdym razem prawie że najdokładniéj te same wyniki. Inaczéj rzecz się ma dla barw. Badając obecnie gruntowniéj te stosunki, miałem sposobność przekonać się, że wyniki w tych razach otrzymane u osób bardzo inteligentnych różnią się nieraz nader znacznie przy ponownych rozmiarach. Jedną z najgłówniejszych przyczyn jest ta, że nie u wszystkich barw można granice ściśle oznaczyć. Najdokładniéj jeszcze spostrzedz ją można przy barwie niebieskiéj. Już o wiele trudniéj dla barwy zielonéj. Z początku bowiem widzi się barwę oliwkowo-żółtą, która dopiero zwolna w zieloną przechodzi. Jeszcze jednak przejście to jest ostrzejsze, aniżeli dla barwy czerwonéj. Tę widzi się najpierw jako żółtą, która powoli ciemnieje, staje się pomarańczową i ta znów różne odcienie pokazuje, nim się stanie wybitnie czerwoną. Tutaj więc granice bardzo trudno, szczególnie u pewnych jednostek, oznaczyć. Ma to tem donioślejsze znaczenie, że właśnie zwężenie pola widzenia jest częstsze w nerwicach urazowych dla barw, aniżeli dla przedmiotów, gdzie oznaczanie jest o wiele ściślejsze.

Najtrudniejsze, często usuwające się z pod kontroli, są zmiany psychiczne, szczególnie jeżeli są jedynym objawem chorobowym. W wielu też przypadkach trudno jest zakreślić jakiś szablon postępowania, lekarz pozostawiony jest własnéj wiedzy i pomysłowości, a jak trudnem jest jego zadanie mimo tylu opisanych sposobów wykrywania udawania, wie o tem każdy, kto się tą sprawą zajmował i trochę więcéj ma w niéj doświadczenia.

Oczywiście, że i co do moich chorych zadawałem sobie pytanie, o ile objawy przez nich podawane są prawdziwe.

Chory objęty Nr. 3 już raz przegrał w sądzie sprawę, lekarze bowiem sądowi nie znaleźli objawów pozostających w związku z przypadkami kolejowemi. Dopiero po zbadaniu Emila P. (Nr. 2) przybył do mnie, aby jego też zbadać. Uderzającem było, że skarżył się na wszystkie te same przypadłości, co i jego poprzednik, a mianowicie bezsenność, mary trapiące, impotencyję, biegunkę trwającą od przypadku itd., co wszystko recytował jak lekcyję na pamięć wyuczoną. W odpowiedziach tak się nieraz sprzeciwiał, tak się nie zgadzał ze samym sobą, że już na podstawie badania powtórzonego kilka razy trzeba było powziąć przekonanie, że się ma do czynienia jeśli nie ze symulantem, to przynajmniéj z człowiekiem olbrzymio przesadzającym. Objawy przedmiotowe, jak zwiększona odruchowość, wygórowana pobudliwość mięśni na bodźce mechaniczne, właściwa mięśniom zanikającym, w końcu tętno lekko przyspieszone, wszystko to jest bardzo dobrze wytłomaczone sprawą gruźliczą. Skoro wreszcie przekonałem się, że poprzednio przy rozprawie podawał cierpienia zupełnie odmiennéj przyrody, a tych nabył dopiero po dokładniejszem poznaniu się z Emilem P., musiałem nabrać pewności, że mam do czynienia z symulantem i odradzać mu tylko dalszych kroków.

U Emila P. mamy kilka objawów przedmiotowych, jak zwężenie pola widzenia, podwyższenie odruchów, drżenie rąk i nóg, przyspieszenie tętna itd. Co do zwężenia pola widzenia i podwyższenia odruchów, to z łatwością mogłem stwierdzić ich prawdziwość. Przyspieszenie tętna nie było wywołane chwilowem jakiemś wzruszeniem, gdyż badałem chorego kilkakrotnie w różnym czasie i podczas gdy był zupełnie spokojny. Co do drżenia, to jak już powyżéj powiedziałem, rozróżnienie jest nader trudne. U tego chorego nosiło ono cechy drżenia, jakie się napotyka u neurasteników, a za prawdziwością tego przemawiało to, że rozciągało się ono na grupę mięśni grzbietu i prawego boku, czego niepodobna udawać. Sposób odpowiadania robił też korzystne wrażenie.

U chorego Nr. 4 mamy widoczne zmiany chorobowe w prawem oku — zarząd kolejowy, uznając jego chorobę, przeniósł go do lżejszéj służby, dając miejsce portyjera, nie ma więc powodu uciekania się do symulacyi. Zwężenie pola widzenia, podwyższenie odruchów, a przedewszystkiem bardzo wielkie przyspieszenie tętna również przemawiają na jego korzyść.

Te względy skłaniają mnie do wykluczenia symulacyi u obydwóch chorych.

Z chorym Mikołajem K., którego najpierw opisałem, sprawa jest nader łatwą. Zdradza on skomplikowany szereg objawów, których się nie mógł absolutnie wyuczyć, nie mając ani przykładów, ani odpowiedniéj inteligencyi i wiedzy. Nie przybył do mnie z żądaniem świadectwa, któreby mu mogło do jego celów posłużyć, pragnie tylko być wyleczonym, gdyż chce zarabiać na wyżywienie żony i ośmiorga dzieci, a praca jego przynosiła mu dobry dochód, bo do $1\frac{1}{2}$ złr. dziennie. Podczas leczenia zaznaczał on z radością każde polepszenie, pomimo że wiedział, iż będzie przedstawionym zgromadzeniu lekarzy, u symulanta zaś należałoby się spodziewać właśnie jeszcze gorliwszéj przesady. Badanie czucia skórnego, oraz pola widzenia powtarzane kilkakrotnie, dawało zgodne wyniki, w końcu nerwica połączona jest u niego z inną chorobą, mającą podstawę anatomiczną, a mianowicie z zapaleniem spojenia krzyżowo biodrowego, które wykazał kol. Barącz, a następnie stwierdzili na posiedzeniu Tow. lek. i inni operatorowie. Wszystkie te względy skłoniły mnie do stanowczego orzeczenia, że chory symulantem nie jest.

Przytoczyłem tutaj także przykład symulacyi, ażeby zwrócić uwagę, że i u nas, mimo że przypadki te są rzadsze i objawy choroby nie tak ogólnie znane, należy się z nią jednak liczyć. Oczywiście, że nie mogę się tutaj szerzéj rozpisywać nad koniecznością skrupulatnego i dłuższego badania, nad sposobem wydawania orzeczeń tak co do prawdziwości choroby, jak i związku jéj z przypadkiem, wchodzi to już bowiem w zakres sądowo-lekarski, kwestyję tę zresztą wyczerpująco opracował prof. Blumenstok w swym artykule. Zaznaczę tylko, że w miarę postępu nauki ubywa symulantów. Przekonano się, że nieraz objawy czysto pod-

miotowe, niezbyt ciężkie, które nasuwały podejrzenie udawania, przybierały czasem groźne rozmiary i popychały chorych nieraz do samobójstwa. W dyskusyi nad nerwicami urazowemi na kongresie berlińskim większość poważnych badaczów przychyliła się do zdania, że symulacyja nie jest w istocie tak częstą, jak do niedawna mniemano. Że przesada jest znacznie częstszą, o tem nikt nie wątpi. Jest w tem jednak czasem i wina lekarzy, którzy, jak się sam miałem sposobność niejednokrotnie przekonać, z góry są pochopni do szukania symulacyi, szczególnie gdy mają do czynienia z przypadkiem kolejowym. Chorzy czują to dobrze z toku badania, chcą się ratować, przesadzają swój stan i sprawę przez to tylko pogarszają. To też po za specyjalnemi wiadomościami i doświadczeniem wymaga się od lekarza pedagogicznego badania, a przedewszystkiem bezstronności i przedmiotowości, a szczególnie od lekarza sądowego, który w tych razach nie powinien odgrywać ani roli prokuratora, ani obrońcy. Nie należy dać się wywieść w pole i poprzeć tym sposobem nieuczciwość, o wiele mniéj jednak nie powinno się rzucać zbyt łatwo na człowieka oskarżenia o symulacyję, które go wraz z rodziną może ciężko unieszczęśliwić.

V. Z pracowni profesora Cornila w Paryżu.

O udziale krwi w powstawaniu produktów zapalnych.

Napisał

Andrzéj Obrzut z Pragi.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 37.)

Najważniejszem zjawiskiem na jelicie samem jest rozszerzenie naczyń krwionośnych w jego ścianach przebiegających i szeroki gęsty naciek drobnokomórkowy w najbliższem ich otoczeniu. Naciek ten jest niekiedy tak zbity, że trudno nieraz rozróżnić naczynie przezeń przebiegające. Mitoz nie widać w komórkach stałych ściany jelita. Nowowytworzona tkanka łączna pomiędzy ścianą jelita a obcem ciałem składa się miejscami jużto z istoty prawie jednolitéj, jużto z bardzo delikatnych włókienek różnie gęsto z sobą posplatanych. W tkance téj znajduje się daléj wielkie mnóstwo naczyń i one to stanowią jak gdyby środki gęstych nacieków drobnokomórkowych. Ta sama geneza istoty międzykomórkowéj, któraśmy stwierdzili w innych miejscach i tutaj daje się udowodnić, dlatego do omawiania szczegółów pod tym względem wracać nie będziemy. Zwróćmy jednak naszą szczególną uwagę na zachowanie się treści naczyń krwionośnych, mianowicie ciałek białych i czerwonych jakoteż składników komórkowych téj tkanki. Najważniejszym objawem treści naczyń jest daleko większa ilość ciałek białych niż to krwi odpowiada. Mało znajdujemy naczyń, w których stosunek ten odpowiadałby stanowi prawidłowemu. W naczyniach z pomnożoną ilością leukocytów pewna część ciałek czerwonych rozpadła się w drobnoziarnistą bezbarwną masę, inna część jest dobrze zachowana. Leukocyty są po większéj części wielojądrowe, a na ich chromatynie spotykamy wszystkie szczegóły, które Arnold uważa za objawy pośredniéj fragmentacyi. Są to skupiny mniejszych lub większych ziarenek lub nitek oddzielonych od siebie istotą achromatyczną i tworzących sploty, koła i półkola lub łuki poprzerywane. Ziarenka mają kształt nieregularny, często przypominają postać ziarn kminkowych. Granica między istotą achromatyczną a otaczającem pierwoszczem nie jest widoczną. Często spotykamy zamiast leukocytów komórki szczególnego gatunku. Kształt ich i rozmiary nie różnią się od leukocytów, ale zamasit jąder chromatynowych, spotykamy ziarenka barwy szaro-zielonawéj błyszczące, w których tylko przy imersyi i otwarciu kondenzora przeświecają zaledwie dostrzegalne punkciki, barwiące się safraniną, podobnie jak chromatyna. W niektórych ciałkach czerwonych, łatwo jako takie po ich barwiku dających się rozpoznać, spotykamy ziarenka błyszczące kształtów nieregularnych lub postaci kminu, barwiące się tak silnie jak istota chromatyczna. Ziarenka te leżą jużto w środku ciałka, jużto na jego obwodzie. W tym ostatnim razie tworzą one rodzaj sierpa silnie zabarwionego. Są to ciałka czerwone, opatrzone jądrami, a różniące się tylko tem od pewnych leukocytów, że zamiast pierwoszcza bezbarwnego otoczone są barwikiem hemoglobinowym. Jestto przejście między ciałkami czerwonemi a białemi, często całe światło naczynia wypełnionem jest takiemi ciałkami czerwonemi.

W téj spajającéj tkance łącznéj znajdujemy daléj rozległe pasma i ogniska włóknikowe. Włóknik jest delikatnie siatkowatym i silnie się barwi safraniną i gencyjaną. W oczkach jego siatki znajdujemy dosyć liczne leukocyty tego samego zupełnie wejrzenia, co wyżéj w naczyniach krwionośnych i po za niemi opisane. W nich także znajdujemy zjawiska pośredniéj fragmentacyi Arnolda. Nigdzie jednak w siatce włóknikowéj nie znajdujemy ciałek czerwonych, co najwięcéj jakąś masę ziarnistą, bezbarwną.

Samo ciało obce, to jest kawałek płuca, otoczone jest ze wszystkich stron tkanką łączną i ta wnika do wszystkich wolnych przestworów, do pęcherzyków płucnych, oskrzeli i do naczyń krwionośnych i składa się zupełnie z tych samych składników, co i poza ciałem obcem, z tą tylko chyba różnicą, że jest więcéj zbitą i przeważają w niektórych pęcherzykach komórki o jądrach epitelioidowych. Ta tkanka wytworzona w pęcherzykach płucnych ma jednak i pewne właściwości, których poza ciałem obcem nie posiada. Często mianowicie spotykamy tu komórki olbrzymie najrozmaitszych kształtów i rozmiarów. Zwykle przylegają one do ciała obcego, to jest do ściany pęcherzyków, wypełniając wszystkie jego krzywizny i zatoki, na kształt masy płynnéj, która nagle skrzepła. Jądra ich są wielkie, okrągłe, rzadko owalne, ubogie w chromatynę i nie okazują nigdy ani śladu mitoz. Spotykamy jednak także jądra identyczne z jądrami wielojądrowych leukocytów. I w téj tkance śródalweolarnéj znajdują się liczne naczynia krwionośne lub luki wypełnione krwią z powiększoną liczbą ciałek białych lub czerwonych, okazujących jądra.

Obraz zmienia się dopiero w miarę, jak się zbliżamy do części środkowych ciała obcego, do środkowych pęcherzyków płucnych. Mianowicie nowowytworzoną tkankę powoli zastępuje jakaś masa przy słabem zwiększeniu trudniéj dająca się oznaczyć. Uderza nas tylko jéj zabarwienie szarozielonawe, zupełnie identyczne z barwą ciałek czerwonych, jaką te zwykle okazują na preparatach stwardłych w rozczynie Fleminga.

Przy silniejszem zwiększeniu przekonywamy się łatwo, że są to rzeczywiście ciałka czerwone, które stanowią główny składnik tych mas zielonawych, wypełniających środkowe pęcherzyki płucne. Nie są to jednakże same ciałka czerwone tak, jak n. p. w wynaczynionéj krwi. Znajdujemy mianowicie i znaczną ilość tworów silnie barwiących się safraniną lub gencyjaną. Są to ziarna większe lub mniejsze, okrągławe lub nieregularne od ledwie dostrzegalnych aż do rozmiarów jąder epitelioidowych. W ostatnim razie i budowa istoty barwiącéj się przypomina w zupełności jądro epitelioidowe. Ale i małe jąderka nieraz daleko mniejsze od jąder leukocytów, a okrągłe lub owalne nie muszą być obfite w istotę chromatyczną. Badając bliżéj stosunek tych jąder do ciałek czerwonych, znajdziemy bardzo często, że owe małe jąderka chromatynowe leżą w ciałkach czerwonych, często jednak i poza niemi. Ale i same ciałka czerwone przedstawiają zajmujące zmiany. Ich wielkość nie jest wszędzie jednakowa. Znajdujemy mianowicie: ciałka czerwone o połowę i jeszcze mniejsze od ciałek prawidłowych lub też tylko odłamki silnie zabarwione hemoglobiną, nieregularne i często przypominające płytki Bizzozery. I w tych odłamkach ciałek czerwonych spotykamy często ziarenka istoty chromatycznéj lub też w całości nasycają się w różnym stopniu safraniną. W niektórych wreszcie pęcherzykach znaczna część ciałek czerwonych rozpadła się w drobne ziarenka silnie się barwiące safraniną. Że ztąd powstała masa drobno-ziarnista, oddziaływająca jak chromatyna, powstała z ciałek czerwonych, wynika z częstych przejść bezpośrednich

tych mas w ciałka czerwone. Pojedyncze ziarenka tych mas ziarnistych mają tę właściwość daléj, że są identyczne z ziarenkami istoty chromatycznéj leukocytów wielo-jądrowych, o jakich wyżéj wspominaliśmy, tak pod względem postaci tych ziarenek, jak i ich zachowania się względem barwików. Do wniosków, do jakich nas powyższe zjawiska upoważniają, powrócimy po przedstawieniu zjawisk, jakie na innych ciałach obcych spotykamy.

Dla badania zjawisk na imigrowanych do ciał obcych składnikach wprowadzałem także na wzór znanych doświadczeń Zieglera kawałek szkiełka przedmiotowego $2\frac{1}{2}$ ctm. długi, a $1\frac{1}{2}$ szeroki, pokryty takimże kawałkiem szkiełka pokrywkowego w ten sposób, aby pomiędzy niemi pozostała wąziutka przestrzeń wolna. Przesuwając takie szkiełko przez ranę w ścianie brzusznéj, zachowałem przedewszystkiem tę ostrożność, aby z brzegów rany nie dostała się krew pomiędzy szkiełka. Nie dotykając zatem brzegów rany za pomocą szczypczyków wprowadzałem głęboko pomiędzy jelita owe szkiełka. Inne zostawiałem pod skórą. 7 go dnia po zabiciu królika niektóre szkiełka badałem po wyjęciu natychmiast, inne zanurzałem bezpośrednio do rozczynu Fleminga, inne wreszcie natychmiast rozdzieliłem na pojedyncze blaszki i dopiero wtedy zanurzałem do rozczynu Fleminga.

Badając szkiełka świeżo wyjęte z jamy brzusznéj, jako pierwsze ważne zmiany znalazłem, że były wypełnione głównie ciałkami czerwonemi, białe znajdowały się pomiędzy niemi prawie w tym stosunku, jak we krwi. Nie były to jednak ciałka niezmienione. Kontury ich nie wszędzie były okrągłe, brzegi niektórych jakby powycinane w karby, nierówne, często daléj zlane w masy jednolite rozmaicie się rozgałęziające i tylko po barwie właściwéj ciałkom czerwonym dające się rozpoznać jako powstałe przez zlanie się tychże.

Szkiełka takie świeżo wyjęte do dłuższego badania mikroskopowego się nie nadają. Blaszki zlepione i zanurzone do rozczynu Fleminga także nie dają dobrych rezultatów, bo płyn tylko koło brzegów przenika. Podobnie i rozczyny barw nie wnikają należycie. Najlepsze otrzymałem wyniki z szkiełek natychmiast po wyjęciu rozlepionych i zanurzonych w płynie Fleminga. Ze szkiełkami takiemi postępowałem jak ze zwykłemi skrawkami. Zjawiska, jakie w częściach przybrzeżnych spotykamy, są nieco odmienne od części środkowych. W częściach obwodowych ciałka czerwone zdają się nieco mniejsze od prawidłowych i często pozlepiane w grupy. Od brzegów ich wychodzą często wypustki coraz bardziéj cieńczejące, łącząc się z takiemiż wypustkami z innych ciałek wychodzącemi i tworząc przez to siatkę, któréj włókienka są złożone stanowczo z téj saméj istoty, co i ciałka czerwone w ich przebiegu ułożone. W innych miejscach ciałka czerwone rozłożyły się w zupełności w ową drobniutką siatkę, któréj pochodzenie z tych ciałek nie ulega najmniejszéj wątpliwości. Dalszem zjawiskiem na tych ciałkach czerwonych, zwłaszcza w tych miejscach, gdzie nie uległy przemianie siatkowatéj, a ma to głównie miejsce w środkowych częściach, są ich małe jąderka w różnym stopniu barwiące się safraniną i gencyjaną. Począwszy od zaledwie spostrzegalnych aż do zajmujących większą część ciałka, znajdujemy różne odmiany co do wielkości. Często daléj spostykamy w ciałkach czerwonych zamiast jednego i więcéj jąderek nieregularnych, podłużnych, pooddzielanych od siebie masą ciałka czerwonego. Mamy wtedy przed sobą obraz leukocytów wielojąderkowych z tą różnicą, że jest on mniejszy i około jąderek zamiast ziarnistéj masy pierwoszcza bezbarwnéj, mamy tutaj istotę jednolitą ciałka czerwonego ze swą charakterystyczną barwą hemoglobiny. Co do przyrody tych ciałek czerwonych jako takich, na pewne wykluczyć mogę, jakobym miał przed sobą leukocyty, raz dlatego, że te ostatnie łatwo od nich dają się odróżnić, powtóre barwa właściwa tym ciałkom dostatecznie je wyróżnia. Jądra tych ciałek czerwonych nie są to resztki barwika (safraniny lub gencyjany), bo ten sam obraz otrzymujemy nawet po energicznem odbarwieniu szkiełek w alkoholu zakwaszonym kwasem solnym.

Oprócz przemiany włókienkowéj ciałek czerwonych powyżéj wspomnianych istnieje i inna, którą nazwaćby można jednolitą. Produktem jéj jest masa jednolita, zbita, z mniéj lub więcéj licznemi otworkami okrągłemi lub owalnemi lub podłużnemi szczelinami. Że i ta istota pochodzi ze zlania się ciałek czerwonych, nie ulega najmniejszéj wątpliwości. Świadczy za tem barwa ciałek czerwonych i kontury tychże, często na brzegach tych mas dające się rozpoznać.

Zupełnie taki sam obraz dają nam szkiełka po siedmiu dniach pobytu pod skórą królika. W tych razach, gdzie takie blaszki otoczone są w tkance podskórnéj masą serowatą, podobną do zagęszczonéj ropy, obraz między blaszkami o tyle jest odmienny, że mało znajdujemy ciałek czerwonych, prawidłowych, to jest bez jąder. Większość przeważająca ma jądra, silnie się barwiące, a obwódka ich mniéj barwą swą przypomina ciałka czerwone. Mamy wogóle przed sobą obraz bardzo podobny do ropy. (C. d. n.)

VI. Oceny i sprawozdania.

O wynikach wieszań we wiądzie mlecza za pomocą aparatu Muczutkowskiego,

skreślił

Stanisław Daniłło docent akad. lekarskiéj. i Emil Przychodzki ordyn. pryw. kliniki psychiatr. w Petersburgu.

(Dok. Patrz Nr. 39.)

Ladame[5]) wspomina, że u 2 na 16 chorych całkowicie znikł objaw Romberga; u naszych zaś chorych kołysanie się jakkolwiek pod koniec wieszań było daleko słabszem niż przed rozpoczęciem wieszań, jednakże prawie ani razu całkowicie nie zginęło. Początkowe polepszenie pewnych objawów pod wpływem wieszań przypisuje Ladame psychicznym wpływom autosugestyi i téj wierze, którą się cieszy ta metoda lecznicza. Przeciwko temu jednakże zarzutowi możnaby powiedzieć, że n. p. bóle strzelające jakkolwiek po pierwszych wieszaniach znikają, jednak po późniejszych nie pojawiają się na nowo. Niekiedy zjawiało się chwilowe pogorszenie, ale takowe mogło zależeć od indywidualności chorego, gdyż nie u wszystkich zdarzało się toż samo. Dlatego też znaczenie wpływu psychicznego (wyłącznie) w tym przypadku bardzo słabo przemawia za sobą. Co się zaś tyczy innych rezultatów Ladame'a, to takowe są zupełnie zgodne z rezultatami otrzymanemi przez Moczutkowskiego i Charcota. Zgadzają się także i nasze wskazania i przeciwwskazania do stosowania wieszań z zestawionemi przez Ladame'a. Haushalter i Adam[6]) w klinice Spillmanna w Nancy, obserwowali 6 chorych z wiądem rdzenia i u 4 z nich otrzymali nieznaczne polepszenie pewnych objawów; polepszenie owe, doszedłszy do pewnéj granicy, nie przechodziło poza nią i zdaniem autorów zależało tylko od autosugestyi o wpływie dodatnim wieszań, któremu nadają dlatego niewiele wagi i znaczenia. Ale uwzględniwszy z jednéj strony nieznaczną ilość spostrzeżeń Haushaltera i Adama, a wpływ znanéj szkoły Bernheima z drugiéj, sądzimy, że są pewne podstawy, do podania w wątpliwość tych wywodów i zapatrywań. Haushalter i Adam twierdzą jednakże dość racyjonalnie, że długość kręgosłupa powiększa się daleko więcéj na przykład podczas niskiego ukłonu, aniżeli podczas wieszań. W dwóch przypadkach za pomocą wymiarów długości kręgosłupa mogliśmy dojść do wniosku, że podczas przysiadania lub leżenia na boku przy biodrach zbliżonych ku brzuchowi, kręgosłup, a przeważnie część lędźwiowa takowego, przedłuża się o wiele znaczniéj, aniżeli podczas wieszań w położeniu pionowem. Wychodząc z tego zapatrywania, sądzimy, że objaśniać wpływ wieszań wyjątkowo tylko rozciąganiem pęczków nerwowych i po części rdzenia jest co najmniéj jednostronnem.

Zapatrywania Raoulta[7]) wogóle zgadzają się z naszemi. U niego, jak i u nas (patrz przypadek 2-gi) chorzy zaprzesta-

wali przyjmować morfinę, gdyż bóle strzelające pod wpływem wieszań znikły.

Wattewille [8]) w swéj pracy wspomina o jednym przypadku, w którym u chorego pod wpływem wieszań (wielu?) można było stwierdzić powrót odruchu stopowego. Jednocześnie nastąpiła zupełna poprawa czucia termicznego (ciepła), które poprzednio było znacznie zmienione. Wspominamy o tym przypadku dlatego, żeśmy nie spostrzegali podobnéj zupełnéj poprawy.

Charcot [9]) w swym wykładzie d. 8 marca 1889 roku wspomina, że następne przypadki, w których stosowano wieszania, a liczba jego spostrzeżeń doszła wówczas już do cyfry 91, przyniosły mu takie same rezultaty, jak pierwsze. Najczęściéj (prawie we wszystkich przypadkach) bóle strzelające znikają; następnie toż samo można powiedzieć i o parestezyjach; parestezyje w rodzaju ściągającego pasa podlegają wpływowi wieszań najmniéj i tylko w jednym przypadku zauważono pewne polepszenie z téj strony. W naszych spostrzeżeniach ten rodzaj parestezyj (uczucie pasa) znikał już po kilku zaledwie wieszaniach (patrz przypadki 3, 4 i 7). Zresztą pod innemi względami nasze rezultaty zgadzają się z wynikami Charcota.

Rezultaty spostrzeżeń Erba [10]) są następujące: w 4 zastarzałych i ciężkich przypadkach uwiądu rdzenia otrzymano chwilowe polepszenie (lecz niezupełnie trwałe) w pewnych objawach, niepokojących chorych. W jednym z owych przypadków przy objawach ogólnego osłabienia i znacznéj ataksyi kończyn po 13 wieszaniach zauważono polepszenie czucia, chodu i zmniejszenie parestezyj; jednakże bóle strzelające znacznie się wzmogły i trwały bezustannie aż do 22-go wieszania, po którem ustąpiły całkowicie. Myśmy także spostrzegali podobne wzmożenie się czasowe bólów, przeważnie po pierwszych wieszaniach; później zaś zwykle następowało, jakkolwiek nie odrazu, trwałe polepszenie. Stosunkowo prędkie polepszenie otrzymał Erb w jednym przypadku we wczesnym okresie wiądu. Podobny przypadek miał miejsce i śród naszych chorych.

Lewis Hickey [11]), obserwując 5 przypadków, czyni następujące wnioski. Podczas stosowania wieszań niepożądane powikłania zauważono w 2 przypadkach: w 1 bóle w lędźwiowéj części krzyża, w 2 długotrwałe następcze zawroty głowy; polepszenie zauważono tylko w jednym przypadku (Nr. 1); w 4 zaś wieszania nie przyniosły żadnych rezultatów. Trzeba jednakże zauważyć, że rezultaty ujemne, które otrzymał autor, niczego nie dowodzą z powodu swéj nieznacznéj liczby dlatego, że te powikłania, o których on wspomina, naprowadzają na myśl, że owe przypadki należą do liczby nie podlegających wieszaniom.

Ujemny rezultat otrzymał Churton [13]) w jednym przypadku bardzo zbliżonym kliniczną postacią i przebiegiem do naszego. Przeciw rezultatowi, który otrzymał Churton przemawia jeden z przypadków Althausa, w którym autor opisuje pomyślny przebieg choroby pod wpływem wieszań; chory z wiądem rdzenia próbowawszy poprzednio wszelkich metod leczniczych w ciągu lat 5, doznał znacznéj ulgi już po kilku wieszaniach. Z 4 tabetyków, których wymienił Churton, u 3 nastąpiła znaczna poprawa chodu, u 4 tylko pewne pogorszenie.

Clarke [12]) z pomiędzy 11 przypadków wiądu rdzenia w 7 otrzymał znaczną poprawę pod wpływem wieszań. Co się zaś tyczy rezultatów, a także wskazań i przeciwwskazań, jego zdanie zupełnie się zgadza z naszem. W sumiennéj i ciekawéj pracy Eulenburga i Mendla [2]) przytoczono 34 przypadków wiądu rdzenia (29 męż. i 5 kob.), po większéj części w późnych okresach i ciężkie postacie choroby. Z 36 chorych 11 wyłączono po części wskutek tego, że nie chcieli doświadczać wieszań, a po części dlatego, że nie można było niektórych nie poddawać jednocześnie i innéj metodzie leczniczéj. W jednym z przypadków nastąpiło tak znaczne polepszenie po 39 wieszaniach, że chory sam przerwał leczenie (patrz jeden z naszych przypadków 1-szy). Pięć przypadków nie doznało żadnéj ulgi. Zmian objawu Westphala i oddziaływania źrenic nie zauważono ani razu. Odnośnie do innych objawów rezultaty Eulenburga i Mendla nieco się różnią od naszych. Mianowicie: u nich w 16 przypadkach nadmieniono najpierw o polepszeniu snu i łaknienia; u nas zaś najwcześniejsze polepszenie tyczyło się bólów strzelających i parestezyj. W kolejnem następstwie Eulenburg i Mendel nadmieniają o polepszeniu objawu Romberga i czynności pęcherza moczowego (w 14 przypadkach na 21). *Crises gastriques* według spostrzeżeń Eulenburga i Mendla ustępują; myśmy tego tak wyraźnie nie zauważyli, jak również polepszenia wzroku, o którem wspominają. Nie ulega jednakże wątpliwości, że Eulenburg i Mendel najzupełniejszą mają słuszność, twierdząc, że wpływ psychiczny z wpływem wieszań nie posiada nic wspólnego. Rezultaty otrzymane z początku przez Dariera [15]) a następnie Abadiego odnośnie do poprawy bystrości widzenia, wobec prawie zupełnéj amblyopii wskutek zaniku nerwów co najmniéj podlegają wątpliwości, przytem obaj autorowie nie dają pewnych dla takiego polepszenia wskazówek.

W literaturze rosyjskiéj oprócz pracy O. Moczutkowskiego, jest jeszcze broszurka Steina [1?]). Rozpatrując kwestyję o znaczeniu i wpływie wieszań jako metodę przy leczeniu chorób nerwowych, ostatni autor przychodzi do wniosku, że przy wiądzie rdzenia (11 przypadków) wieszania dają rezultaty zadowalające. Spostrzeżenia autor ów podał w skróceniu, bez niezbędnych wskazówek odnośnie do oddzielnych objawów, jak również do przebiegu choroby pod wpływem wieszań. Przepatrując piśmiennictwo odnośne, zaczepiliśmy tylko o te fakta, które nam się wydały najważniejszemi. Ażeby ominąć powtarzania i poglądy różnych innych autorów, już dość licznych w zakresie tego przedmiotu po dzień dzisiejszy, możemy zwrócić uwagę czytelników na referaty pomieszczone w „Wiestniku Psychijatryi prof. Mierzejewskiego", na dodatek do wykładów Charcota [15]) i wreszcie na pracę Steina (w ostatniéj jednakże o źródłach wzmianki niema). W 2-ch ostatnich pracach opisany także przyrząd Moczutkowskiego i jego odmiany zalecane przez różnych autorów. Téj kwestyi bowiem nie dotykaliśmy wcale z powodu, że zadaniem naszem było zbadać wpływ wieszań na przyrządzie Moczutkowskiego na objawy chorobowe we wiądzie rdzenia. Sądzimy jednakże, że niezbędnem jest dodać, że w pewnych przypadkach, o czem już wyżéj wspominaliśmy, jednocześnie z wieszaniami stosowaliśmy u chorych naszych czynną i bierną gimnastykę mięśni nóg i dolnéj części tułowia. Prócz tego u 2 chorych, znajdujących się w klinice, robiliśmy niejednokrotnie wymiary kręgosłupa, przy rozmaitych położeniach ciała tak przy wieszaniach, jak i bez takowych (przypadki 1-szy i 2-gi). Wymiary robiliśmy używając taśmy o podziałkach na centymetry, przyczem za pomocą palpacyi otrzymaliśmy granice trzech części, na które podzieliliśmy cały kręgosłup wraz z *os sacrum* i *coccygeum*: I. część mieściła się pomiędzy *protub. occip. externa* i *processus spinosus* 7-go kręgu szyjowego; II. między ostatnim i *processus spinosus*

1-go kręgu lędźwiowego, a III. między ostatnim i *apex ossis coccygis*. Rezultaty owych wymiarów przyprowadziły nas do tego wniosku, że przy zwykłem wieszaniu (bez gimnastyki kończyn dolnych) największemu podlega wydłużeniu część I; w ostatnich dwóch częściach wydłużenie daleko mniéj znaczne, a w II. części może przy pewnem położeniu kończyn dolnych, przy znacznéj zmianie części III. następuje nawet skrócenie. W dowód czego przedstawiamy otrzymane cyfry (patrz tablica).

LITERATURA. 1) O. Moczutkowski, Wracz, 1883, str 258. 2) Eulenburg, Mendel, Neurologisches Centralblatt 1889, Nr. 11. 3) T. Openchowski Berliner klinische Wochenschrift 1889 Nr. 25. 4) J. M. Charcot, Le Progrès médical 1889, 19 stycz. 5) Ladame, Revue médicale de la Suisse Romande, 1889. 6) Hausbalter et Adam, Le Progrès médical 1889, Nra 44, 47 i 48. 7) Raoult, Archives de Neurologie 1889, Nr. 52. 8) A. de Wattewile. On the treatement by suspension of locomotor ataxy etc. London, 1889. 9) Charcots Resultate mit der Suspension etc. Referat w Neurologisches Centralblatt 1889. Nr. 7. 10) Erb. Neurologisches Centralblatt, 1889, Nr. 13. 11) Lewis Hickey, The British medical Journal 1889. 12) Clarke, referat w Neurologisches Centralblatt, 1889, Nr. 33. 13) P. Stein. Lieczeńje podwieszywanijem nierunych boleznéj, 1889 i 1890 r. 14) Wiestnik Psychiatryi prof. Mierzejewskiego 1889 VII., t. I. str. 316. 15) Charcot: O lieczeńji spinnoj suchotki podwieszywańjem po sposobu Moczutkowskawo (tłomaczenie i wskazanie literatury M. Blumenau, Petersburg 1890 roku).

Długość kręgosłupa i różnych jego części przy rozmaitem położeniu ciała (u tabetyków).

Położenie chorego	Długość całego kręgosłupa w centrymetrach		Długość I. części szyjnéj w centymetrach		Długość II. części piersiowéj w centymetrach		Długość III. części lędźwiowéj w centymetrach		Uwagi	Wnioski	*NB.* Części krzyża
	I. w.	II. w.	I. w.	II. w.	I. w.	II. w.	I. w.	II. w.			
1) Podczas stania	76 cm.	76	14	14	40	37	22	25	—	—	—
2) Podczas zwyczajnego wieszania	81	80½	18½	18	40	36	22	26½	Znaczne wydłużanie części I. kręgosłupa (krzyża)	Wydłużenie szyjnéj części bez wpływu na inne części krzyża	I. Część szyjna od *protub. occip. externa* do *proc. spinos.* 7-go kręgu szyjnego
3) Przy *maximum* zgięcia nóg w stawach biodrowych z jednoczesnem zbliżeniem kolan do brzucha	86½	85	18½	18	42	36	26	31	Znaczne wydłużenie części III. (lędźwiowéj)	Wydłużenie części lędźwiowéj bez wpływu na inne części krzyża	
4) Podczas przysiadań	80	84	14	14	40	39	26	31	Znaczne wydłużenie części III. (lędźwiowéj)		II. Część piersiowa od *process. spinos.* 7-go kręgu szyjnego do *process. spin.* 1 go kręgu lędźwiowego
5) Podczas leżenia przy zgiętych kolanach i silnie zbliżonych do brzucha	—	86	—	14	—	40	—	32	Znaczne wydłużenie części III. (lędźwiowéj)		
I. Różnica pomiędzy wydłużeniém podczas stania i kiedy nogi były silnie zbliżone do brzucha	+ 5	+ 4½	+ 4½	+ 4	0	— 1	0	+ 1½	Wydłużenie przeważnie w I. części (szyjnéj)		
II. Różnica przy zwyczajnem wieszaniu i przy wieszaniu ze zgiętemi nogami a kolanami zbliżonemi do brzucha	+ 5½	+ 4½	0	0	+ 2	0	+ 4	+ 4½	Wydłużenie w części III. (lędźwiow.)	Podczas leżenia przy zgiętych kolanach i zbliżeniu ich do brzucha największe wydłużenie w lędźwiowéj części krzyża	III. Część lędźwiowa: od *proc. spin.* 1-go kręgu lędźwiowego do *apex ossis coccygis.*
III. Różnica pomiędzy wydłużeniem podczas stania i podczas wieszania ze zgiętemi nogami, a kolanami zbliżonemi do brzucha	+ 10½	+ 9	+ 4½	+ 4	+ 2	— 1	+ 4	+ 6	Wydłużenie tak w I. części (szyjnéj), jak w III. lędźwiowéj		
IV. Różnica pomiędzy wydłużeniem podczas stania i kuczenia	+ 4	+ 8	0	0	0	+ 2	+ 4	+ 6	Wydłużenie wyłącznie w III. (lędźwiow.) części krzyża		

Odczyty kliniczne wydawane przez redakcyję *Gazety Lekarskiéj* Nr. 18, 19 i 20. **Syfilis układu nerwowego**. Napisał Władysław Gajkiewicz. Warszawa 1890. Duża 8-ka, str. 94, II. i tablica chromolitografowana.

Redakcyja *Gazety Lekarskiéj* w Warszawie powzięła bardzo trafną myśl wydawania odczytów klinicznych tłomaczonych lub oryginalnych z zakresu przeważnie medycyny praktycznéj.

Otóż mamy z tych odczytów przed sobą zeszyt potrójny, traktujący o kile (przymiocie) układu nerwowego, a opracowany przez znanego już w piśmiennictwie Dra Gajkiewicza, neuropatologa warszawskiego.

Kiła układu nerwowego jest niestety tak częstą chorobą i ma tak ważne następstwa, tak stanowczego potrzebuje i rozpoznania i leczenia, że przedstawienie obecnego stanu nauki o niéj ma niewątpliwie cel wysoce praktyczny. Za zasługę też prawdziwą poczytać trzeba Drowi G., iż do swéj pracy wybrał temat tak wielkiego znaczenia.

Autor, jak się zresztą samo przez się rozumie, podzielił swą rozprawę na części. W pierwszéj omawia anatomiję patologiczną i podaje szczegóły, tyczące się rozkładu tętnic w mózgu, tak potrzebne do zrozumienia objawów kiły układu nerwowego. W drugiéj mówi o różnych postaciach kiły mózgowéj, o porażeniu połowiczem, padaczce kiłowéj, zapaleniu opon kiłowem, takimże bólu głowy i o chorobach umysłowych, zostających w związku z kiłą, wreszcie o kile odnóg mózgowych, mostu Warolowego, rdzenia przedłużonego i móżdżku. W części następnéj prawi autor o różnych formach kiły rdzenia pacierzowego; nie oświadcza się za żadnem zdaniem co do stosunku kiły do wiądu pacierzowego i przechodzi do kiły nerwów obwodowych, a kończy swój wykład rozpoznawaniem i rokowaniem, wspomina zaś tylko bardzo pobieżnie o leczeniu, odsyłając pod tym względem czytelnika do prac innych, mając zapewne na myśli osobny wykład o leczeniu kiły przez redakcyję *Gazety Lekarskiéj* zapowiedziany. Autor ilustruje swój wykład oparty na najnowszych pracach naukowych bardzo znaczną (52) liczbą przypadków kiły układu nerwowego przez siebie samego postrzeganych i starannie opisanych.

Po przeczytaniu pracy, o której mowa, nie ma wątpli-

wości, że autor jest panem przedmiotu i że to, co kreśli na podstawie starannego przejrzenia i wyzyskania piśmiennictwa, poprzeć może każdéj chwili własnemi spostrzeżeniami. Dlatego też lekarz praktyczny, od którego nie można wymagać, aby czytał całe tomy książek i stosy broszur o kile układu nerwowego, wydanych tylko w ostatnich latach, przeczyta niewątpliwie z wielkim pożytkiem pracę Dra G. Jeżeli wszakże mamy prawdę powiedzieć, to sądzimy, że wartość rozprawy Dra G. byłaby o wiele większa, gdyby sz. autor mniéj dat anatomicznych przywodząc, pracy swéj nadał kierunek więcéj kliniczny, a wobec znacznego wzrostu w ostatnich latach nauki o kile układu nerwowego wykład swój dokładniéj podzielił i obszerniéj mianowicie zastanowił się nad etyjologiją, rozpoznaniem i leczeniem. Pominięcie prawie zupełne terapii, jakkolwiek niby usprawiedliwione, uważamy za wielki brak w pracy G., tem bardziéj, iż leczenie kiły właśnie układu nerwowego przedstawia niektóre bardzo ważne szczegóły, które nie tak łatwo omówić, traktując o leczeniu kiły w ogólności. Zresztą sam wzgląd praktyczny wymaga, aby w odczycie klinicznym nie pomijać najważniejszego działu, dla którego przecież nauka lekarska głównie istnieje, t. j. terapii.

Jeżeli wszakże co do treści i układu ostatecznie pracy Dra G. nie wiele można zarzucić, to inaczéj rzecz się ma z formą. W téj mierze niech nam szanowny autor wybaczy, jeżeli wypowiemy otwarcie, iż pod względem językowym nie tylko wszedł na manowce, ale wprost obrał niebezpieczną drogę dowolności. Już samo nazwanie kiły, czyli jak chcą, może i słusznie, lekarze warszawscy, przymiotu, syfilisem i odmienienie tego niesmacznego dla naszego języka wyrazu przez wszystkie przypadki było pomysłem niefortunnym[1]). Toż również powiedzieć należy o mięszaniu nazw łacińskich z polskiemi, nadawaniu wyrazom obcym polskich końcówek i wielkiéj dowolności w używaniu polskich wyrazów lekarskich. Tak n. p. *iris* nazywa się raz tęczą, drugi raz tęczówką. Zamiast dobrego wyrazu utyć, pisze sz. autor wytłuścieć. W jednem zdaniu znajdujemy i brodawkę wzrokową zastoinową i tarczę nerwu wzrokowego nabrzmiałą i t. d. Barbarzyńskiem jest wyrażenie: zadawać lekarstwa do wewnątrz, a nienaukowem zadawać je do środka, skoro żadnego środka w ciele ludzkiem i zwierzęcem nie ma prócz środka ciężkości, a wątpić należy, czyby do punktu matematycznego można jakieś leki wprowadzać! Nierzadkiemi są też i proste błędy językowe, jak np. mylne używanie wyrazu dotykać z czwartym przypadkiem. Tych błędów formy łatwo można było i należało też uniknąć w Warszawie, a niewątpliwie zyskałaby, że tak powiemy, szata cennéj rozprawy, którą możemy śmiało i sumiennie polecić szanownym kolegom lekarzom praktycznym. *Domański.*

Dr. A. Beck: **O oznaczeniu lokalizacyi w mózgu i rdzeniu za pomocą zjawisk elektrycznych.** (Rozprawy Wydziału matematyczno-przyrodniczego Akad. Um. t. XXI., r. 1890).

Doświadczenia Sieczenowa, Weriby i Wedeńskiego wskazały możność korzystania ze zjawisk elektro-fizyjologicznych w celu oznaczania lokalizacyi w ośrodkach nerwowych. Autor podjął tę myśl i zajął się opracowaniem nowéj metody w zakładzie fizyjologicznym Prof. Cybulskiego w Krakowie. Polega ona na odprowadzaniu prądu z pewnych miejsc ośrodków nerwowych do busoli i badaniu wahań tegoż prądu przy wprawianiu danych miejsc w stan czynny.

Przedewszystkiem poczynił autor doświadczenia nad rdzeniem pacierzowym żab. Robił preparat składający się z odsłoniętego mózgu i rdzenia, oraz tylnych łapek żaby. Elektrody niepolaryzujące, które miały odprowadzać prąd, spoczywały już to na różnych miejscach rdzenia i mózgu nienaruszonego, już to na rdzeniu i przekroju poprzecznym, uczynionym przez odcięcie półkul mózgowych, lub przy rdzeniu przedłużonym, już to z samych półkul w różnych miejscach. Kierunek prądu, jaki przytem otrzymywał, wykazywał, że wyższe części układu centralnego są ujemne wobec niższych. Okoliczność ta skłania autora do przypuszczenia, że prąd krążący tutaj nie jest wywołany ujemnością przekroju poprzecznego, te bowiem znajdowały się w dolnéj części rdzenia wskutek odcinania korzeni nerwowych, a ta właśnie była elektrododatnią. Prąd ten więc nie był spoczynkowym, lecz czynnościowym, jak go autor nazywa, samoistnym. Prąd ten jest wyrazem stanu czynnego w górnych częściach układu nerwowego. Przy podrażnianiu dośrodkowéj części nerwu kulszowego prąd ten ulegał wahaniu, już to się zwiększał, już to zmniejszał. Zwiększanie się prądu przypisuje autor powstawaniu stanu czynnego w wyższych częściach rdzenia, a co za tem idzie, zwiększaniu się ujemności tych miejsc. Zmniejszanie się prądu, czyli wahanie wsteczne, tłomaczy autor powstawaniem stanu czynnego w łuku odruchowym części lędźwiowéj rdzenia, pojawiało się ono bowiem wtedy, gdy niższa elekroda spoczywała na zgrubieniu lędźwiowem. Tłomaczenie to nie jest naszem zdaniem odpowiedniem, wiadomo bowiem, że dolne części rdzenia bardzo trudno przenoszą odruchy, dopiero przy nader silnych bodźcach lub u żab zatrutych strychniną, natomiast o wiele pobudliwsza jest pod tym względem górna część rdzenia, przenosi odruchy przy słabych stosunkowo podnietach, tuby więc przedewszystkiem stan czynny musiał występować, autor zaś stwierdza, że takie wahanie wsteczne nie pojawiało się w części szyjnéj lub piersiowéj rdzenia.

Drugi szereg doświadczeń poczynił autor na korze mózgowéj zwierząt ciepłokrwistych, mianowicie psów i królików. Prąd odprowadzał w podobny jak poprzednio sposób z rozmaitych miejsc kory mózgowéj, przykładając jednę elektrodę do ośrodków psychosensorycznych. I tutaj wykazał obecność prądu czynnościowego, prąd ten ulegał ustawicznym wahaniom, które autor odnosi do wahań stanu czynnego ośrodków. Wahania te wzmagają się z początku przy narkozie chloroformowéj w okresie podniecenia, następnie zaś ustają. Przy drażnieniu nerwów dośrodkowych, najwybitniéj czuciowych w skórze, wahania te ustają wskutek zatamowania. Prąd ten ulega wahaniom przy drażnieniu ośrodków sensorycznych w korze mózgowéj, n. p. przez mocne klaskanie, puszczanie silnego światła magnowego w oko zwierzęcia itd. Najwybitniejsze wyniki dawało podrażnianie wzroku. Ośrodki przechodząc w stan czynny stają się wybitnie elektro-ujemnemi.

Badania autora dają podwalinę nowéj metody badania lokalizacyi w ośrodkach, metody czysto przedmiotowéj, która przy wydoskonaleniu może się stać ściślejszą od używanych dotychczas i oddać nauce znakomite usługi. Tak n. p. mogłaby ona rzucić światło na kwestyje, o ile ośrodki ruchowe są wspólne z czuciowemi w korze mózgowéj. Daléj jeszcze, skoro właśnie doświadczenia przebiegały najczyściéj przy drażnieniu ośrodków wzrokowych, możnaby fizyjologicznem doświadczeniem stwierdzić, o ile drogi wzrokowe się krzyżują, a to przez odprowadzanie prądu z jednéj półkuli mózgowéj, a podrażnianie oka światłem po stronie przeciwnéj. Jednem słowem, metoda ta, skoro się wykształci, może oddać praktyczne usługi tak fizyjologii, jak i neuropatologii, co jest rzadkiem dosyć w elektrofizyjologii, nauki saméj dla siebie pięknéj, nieczęsto jednak przychodzącéj innym gałęziom w pomoc. Spodziewamy się, że autor z równie pomyślnym, jak dotychczas skutkiem poprowadzi daléj swą tak cenną pracę. *Piotrowski.*

Bakteryjologija.

Dr. Schütz (Frankfurt): **O drobnoustrojach w komórce rakowéj.**

Ostatnie badania Siegenbecka i Sjöbringa wykazały, iż w komórkach rakowych znajdują się istoty o postaciach ameb i koków, które na rozrost tych komórek pewien wpływ mają. Czteroletnie ciągle nad komórkami rakowemi przez autora

[1]) Nie od rzeczy będzie przypomnieć, że wyraz Syphilis wynalazł Fracastori w roku 1521, wymyśliwszy w bombastycznym poemacie bajkę, że bożek Apolin, obrażony przez pasterza Syphilusa, zesłał na niego chorobę, którą osadnicy według niego przezwali „Syphilis:"
Primus . . . . . .
Syphilus ostendit turpes per corpus achores
. . . .
. . . . et a primo traxit cognomina morbus:
Syphilidenque ab eo labem dixere coloni.
Jeżeli więc koniecznie wyraz ten w języku naszym utrzymać chcemy, wypada albo wcale go nie odmieniać, albo spadkować: syfilis, syfilidy, tak jak spadkujemy: Ceres, Cerery a nie Ceresu.
(*Uwaga redakcyi*).

przedsiębrane badania zupełnie istnienie tychże organizmów potwierdzają. Nie może się jednak autor zgodzić z Siegenbeckiem, jakoby ciała te osobny dla siebie organizm stanowić miały. Barwiki istoty te zupełnie tak samo barwią, jak czerwone ciałka krwi. Prócz tego w tkance rakowéj, jak to Klebs udowodnił, ciałka krwi pękają, a pierwoszcze ich, przybierając najrozmaitsze formy, do wnętrza komórek rakowych się dostaje. Istoty więc owe są tylko produktem rozpadowym czerwonych ciałek krwi. (*Münchn. med. Woch.* 1890, Nr. 35).

Farmakologija.

Dr. Kühn (Berlin). **Mollin, nowy** *constituens.*

Głównym warunkiem dobrego *constituens* do maści używanego jest wymagana własność jednostajnego przyjmowania i rozdzielania leka. Ani adeps suillus, ani waselina lub lanolina nawet po najpilniejszym mięszaniu przez aptekarza nie wchłaniają w siebie i rozdzielają jednostajnie leku. Dalszym wymogiem jest jak najmniejsze wytwarzanie się kwasów tłuszczowych czyli jełczenie tłuszczowe. Tłuszcz wieprzowy szybko jełczeje, a choć jest świeżo użyty, jełczeje jednak w gruczołach skórnych, wywołując wyprysk. Waselina mniéj rozkładowi podlega, a najmniéj przez Liebreicha utworzona lanolina. Tłuszcze te jednak mają tę wadę, iż szybko rozpływają się, nie mając dostatecznéj zbitości. Unna pierwszy wpadł na myśl, używania jako *constituens* mydeł, a myśl ta przyjęła się znakomicie, mydła bowiem nie jełczeją i przy wcieraniu wytwarzając pianę, skóry nie drażnią. Aptekarz lipski Caup wytworzył świeżo nowy *constituens* mydłowy, który wszelkim wymogom w zupełności odpowiada. Jestto Mollin, tłuszcz delikatny, barwy białéj, jednostajnie na skórze dający się rozetrzeć i nawet w wysokiéj ciepłocie przez lata swych składników nie zmieniający. Ciepła woda dokładnie z powierzchni skóry go zmywa. Autor łączył Mollin z rtęcią jako nową maść, z chrysorabiną, salicylem, karbolem, aristolem, resorcyną, siarką, dziegciem, sublimatem, tymolem itd. i z połączeń tych był bardzo zadowolony. Tylko w ostrych chorobach skórnych, mollin, ponieważ ma własność mydła, jest jako *constituens* stanowczo przeciwwskazany. (*Berl. klin. Wochschr.*, 1890, Nr. 36). *Dr. Mendelsburg.*

VII. Z międzynarodowego lekarskiego zjazdu w Berlinie.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 39.)

W ostatnim roku 1888/1889 wydało m. Berlin celem zaopatrzenia biednych znaczną sumę 3,376,532 marek, a lekarze zajmujący się udzielaniem opieki lekarskiéj biedakom otrzymali tytułem wynagrodzeń lub pensyj stałych 82.290 marek, lekarstwa zaś kosztowały 94.558 marek. Jednakowoż miasto opiekuje się nietylko ubogiemi lub zubożałemi rodzinami i sierotami, dla których w Rummelsburgu zakład wychowawczy urządziło (w roku 1889 otoczono opieką 4534 sierót), ale urządziło zakład poprawczy, jako dom pracy w Rummelsburgu dla więźniów płci obojej, oraz wybudowało w r. 1887 przy ulicy Gdańskiéj wielki gmach 3 piętrowy dla ludzi pozbawionych mieszkań chwilowo, gdzie biedacy wszelkiego rodzaju lub ozdrowieńcy wypuszczeni ze szpitali znajdują przytułek nocny i jedzenie, oraz orzeźwiającą kąpiel. Znakomitem zarazem jest urządzenie, że podczas kąpieli w przyrządzie desinfekcyjnym połączonym z lokalnościami kąpielowemi następuje należyte oczyszczenie bielizny i sukien kąpiących się osób. W ten sposób prawdziwie oczyszczeni opuszczają chwilowe przytulisko. W ostatnim roku 1888 na 1889 korzystało z tego dobrodziejstwa 1298 rodzin a ogółem 220.766 osób.

Oprócz co dopiero wzmiankowanego przyrządu desinfekcyjnego posiada jeszcze m. Berlin osobny zakład desinfekcyjny przy ulicy Reichenbergskiéj z 3 przyrządami, których dostarczyła firma Oskara Schimmel et Com. w Chemnitz, oraz drugi takiż zakład przy alei Prenzlawskiéj z 4 przyrządami desinfekcyjnemi (zbudowany w r. 1888). Odrażanie przedmiotów odbywa się jużto za pomocą pary wodnéj, jużto przy przedmiotach skórzanych, meblach, gdzie nie można użyć zbyt wysokiéj ciepłoty desinfekcyjnéj (aż do 128° R.), za pomocą kwasu karbolowego.

W roku 1887 urządziło miasto na koszt państwowy w główněj hali bydła rzeźnego zakład krowiankowy z ubikacyjami na 16 cieląt, pokojem dla lekarza i pokojem przeznaczonym do szczepień. W ostatnim roku zaszczepiło 73 lekarzy 74.530 dzieci zgromadzonych w szkołach berlińskich, a wydatki przez miasto na ten cel poniesione wyniosły 24.761 marek.

Nie zapomniał również Berlin o pomocy w przypadkach nagłych nieszczęśliwych przypadków na ulicach, zwłaszcza w porze nocnéj i urządził 12 strażnic sanitarnych z wyćwiczonymi pomocnikami lekarskimi, którzy ciągle wartę odbywają, a 8306 przypadków, w których udzielono doraźnéj pomocy lekarskiéj, potwierdzają konieczną potrzebę tych dobroczynnych urządzeń sanitarnych.

Berlin posiada 3 szpitale publiczne (w Moabicie, Friedrichshain i Urban), przytuliska dla rekonwalescentów, zakłady dla umysłowo chorych w Dalldorf, Lichtenberg i Bierdorf, 7 szpitali prywatnych, przytulisko dla nieuleczných, dla kalek i starców.

Bardzo znaczna liczba chorych, bo 828 może pomieścić szpital miejski w Moabicie, zbudowany według systemu pawilonowego. Pawilonów jest 30, wszystkie są parterowe i każdy z nich mieści w sobie 30 łóżek. Koszta jednego pawilonu wynoszą 27.000 marek, jedno łóżko zatem kosztuje zaledwie 900 marek. Oprócz tego są: baraki odosobnione, mieszczące oprócz przedsionka 3 pokoje, każdy z 3 łóżkami. Baraki są gazem oświetlone, płomienie gazowe otoczono kloszami ze szkła niebieskawego, matowego. Baraki są ogrzewane za pomocą całéj sieci rur zelaźnych, doprowadzających ogrzaną parę wodną, które to rury zbiegają się w centralnym domku maszynowym. Dla każdego pawilonu istnieje osobny kurek regulujący w miarę temperatury zewnętrznéj dopływ ogrzanéj pary. Woda powstała ze skroplonéj pary odpływa osobnemi rurami napowrót do domu maszynowego i zasila kotły parowe. Wentylacyja jest bardzo prostą, a przytem znakomitą. Powietrze zewnętrzne ogrzane w porze zimowéj przez zetknięcie z rurami powyższemi dochodzi 14 otworami do każdego pawilonu, a powietrze już zużyte uchodzi przez otwory w dachu. W porze letniéj otwierają się okna i drzwi na przestrzał. Pawilon każdy stoi na podstawie betonowéj (8 cmtr. grubości), przylegającéj do warstwy piasku, a podłoga w każdym pawilonie jest gładko cementowaną lub mozajkową.

Szpital oczywiście posiada swój własny zakład desinfekcyjny, w którym odrażają suknie, bieliznę i pościel wszystkich chorych, oraz szczególnie cały podkład materacowy używany przez chorych dotkniętych chorobami zakaźnemi. Znakomitem jest urządzenie komory służącéj do desinfekcyi, gdyż najpierw komora sama bywa za pomocą rur miedzianych ogrzaną do 100° C., następnie przedmioty w niéj się znajdujące bywają odrażane za pomocą pary wodnéj, wypływającéj z rur żelaznych, zaopatrzonych w liczne otworki, a temperatura wewnątrz przekracza 100° C. tak, że wszelkie zarodniki zakaźne muszą zginąć. Po ukończeniu odrażenia przedmioty wystawia się na silny prąd przewiewny, który je prędko wysusza. Oddział chirurgiczny urządzono stósownie do najnowszych wymogów naukowych. Stoły opatrunkowe składają się ze szkła i z żelaza; opatrunki ulegają sterylizacyi w małych żelaznych przyrządach desinfekcyjnych, które są ustawione dla każdego pawilonu z osobna.

W szpitalu tym znalazło w ciągu ostatnich lat 14 przytułek i opiekę lekarską 44.435 chorych; w zeszłym roku, gdzie cyfra dzienna chorych dosięgała 771 osób, wynosiły wydatki 439.332 marek, a w roku ostatnim cyfra ta spotęgowała się do pół milijona marek (491.262), koszt zaś jednego chorego wynosił dziennie 2·58 marek. Ponieważ dochód wynosił tylko 129.824 marek, przeto miasto dopłacało 351.437 marek, czyli blisko 2 marki za jednego chorego dziennie.

Drugi szpital również przeznaczony dla znacznéj liczby chorych, gdyż pomieścić może każdéj chwili 784 chorych, położonym jest przy Friedrichshain. Zbudowany również w sy-

stemi pawilonowym, został otwartym z końcem roku 1874 i mieścił zrazu 620 łóżek; lecz z biegiem lat, skutkiem coraz to większego napływu chorych i rozrostu Berlina musiano wszelkie odpowiednie ubikacyje w pojedynczych pawilonach pozamieniać na salki dla chorych i pomnożyć liczbę łóżek jeszcze o 164 (razem 784 łóżek). Dwadzieścia jeden budynków rozmieszczono na terenie, obejmującym blisko 100.000 metrów kwadratowych, a wolne place pomiędzy pawilonami zamieniono w piękny ogród z licznemi gazonami i ścieżkami, które obejmują razem przeszło 82.000 metrów kwadratowych, skutkiem czego chorzy mają dużo świeżego powietrza i wielki teren do spacerowania w pierwszych dniach rekonwalescencyi. Koszta urządzenia tego szpitala wyniosły 4,725.702 marek. W roku ostatnim kosztowała opieka chorych w tym szpitalu 642.797 marek, dochodów było 239.267, miasto zatem dopłacało 403.530 marek. Jeden chory kosztował dziennie 2·72 marki. Uwagę zwiedzających zwraca na siebie ładny budynek, przeznaczony wyłącznie do wykonywania operacyj. Budynek zwróconym jest ku północy, ma na dole 2 wielkie i małe pokoje, służące do pomieszczenia chorych operowanych lub przygotowanych do operacyj, pokój jeden dla służącego, salę operacyjną z góry oświetloną, która zajmuje 60 metrów kw. powierzchni i na 7 metrów jest wysoką, a prócz tego obejmuje jeszcze pokój, przeznaczony na narzędzia i przyrządy chirurgiczne, oraz pokój dla lekarzy. Na poddaszu są urządzone 2 pokoje celem pomieszczenia preparatów, a w suterenach jest pokój do przyrządzania opatrunków i urządzenie do ogrzewania budynku. W 2 pokojach małych ustawione są piece kaflowe, cały zresztą budynek jest ogrzany gorącem powietrzem, a oświetlony gazem. Nad stołem operacyjnym znajduje się lampa z 10 silnemi palnikami. Dwie umywalnie, wykładane marmurem belgijskim na podstawie żelaznéj, dostarczają wody zimnéj i ciepłéj, a koło ścian umieszczone są na żelaznych konsolach płyty szklane, przeznaczone do ustawienia narzędzi. Ściany pomalowane są farbą olejną, podłoga wyłożona płytami kamiennemi. W szpitalu tym urządzono zupełnie osobny pawilon piętrowy dla chorych dotkniętych dyfteryją, a 26 dzieci znaleść w nim może pomieszczenie. Tutaj również urządzono szkołę dla posługaczek szpitalnych, a od dnia otwarcia szkoły z końcem r. 1877 otrzymało wykształcenie 375 uczennic, z których pewna część pozostała w szpitalu w Friedrichshain lub przeszła do innych szpitali, reszta zaś powróciła do tych stowarzyszeń świeckich lub zakonnych, kosztem których w powyższym szpitalu się kształciła. Posługaczki te przez trzy miesiące kształcą się teoretycznie, a w 4-tym miesiącu nauki odbywają już praktykę w szpitalu, poczem dopiero otrzymują świadectwo odpowiednie. Za naukę płacą kandydatki 100 marek z góry do kasy szpitalnéj, za to otrzymują pomieszkanie i całe utrzymanie w szpitalu. Po wysłużeniu 2 lat w szpitalu w Friedrichshain otrzymują wpłaconą sumę 100 marek napowrót.

(C. d. n.)

VIII. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** dnia 2 października. J. E. pan Namiestnik zamianował lekarzy powiatowych 2-giéj kl. Dra Ferdynanda Obtułowicza w Buczaczu i Dra Maksymilijana Rosnera w Kołomyi lekarzami powiatowymi 1-éj kl.; zaś asystentów sanitarnych: Drów Kazimierza Przetockiego w Horodence, Franciszka Wyszatyckiego w Ropczycach, Stanisława Balickiego w Starem mieście, Franciszka Sobolewskiego w Zaleszczykach, Henryka Blumenfelda w Nowymtargu lekarzami powiatowymi 2-éj kl., pozostawiając wszystkich w dotychczasowéj siedzibie. Daléj przeniósł lekarza powiatowego Dra Karola Kronenberga z Limanowy do Grybowa; asystentów zaś sanitarnych: Drów Leona Rosenbuscha i Kazimierza Ściborowskiego przeznaczył pierwszego do Starostwa lwowskiego, ostatniego do Starostwa limanowskiego; wreszcie zamianował asystentami sanitarnymi: Dra Alojzego Loewy'ego w Nisku tamże, Dra Filipa Schmidta, sekundaryjusza szpitala św. Łazarza w Krakowie i Dra Wład. Węgrzynowskiego, lekarza miejskiego w Rohatynie, obydwóch przydzielając do służby w Namiestnictwie.

* Lekarze pułkowi Drowie Bohosiewicz i Bieńkowski, którzy przez Ministerstwo wojny przydzieleni byli na rok jeden: pierwszy do kliniki prof. Rydygiera, a ostatni do kliniki prof. Rydla, z dniem 1 października opuścili Kraków.

* Dr. Aleksander Hicner powrócił do Jasła i objął swoje obowiązki jako lekarz miejski.

* W tygodniu 37 (14—20 września) było w Krakowie małżeństw 9, urodzin 45, skonów 44, pomiędzy któremi z płonicy 3, z duru brzusznego 2, z gruźlicy 5, z zap. płuc 4, z nieżytu żołądka i jelit 4.

* **Wiadomości uniwersyteckie. Wiedeń.** Prof. Kahler odzyskawszy zdrowie objął swoją klinikę. — Zmarłego prof. chemii zastępować będzie docent Goldschmidt. — **Marburg.** Prof. Küster z Berlina mianowany został zwyczajnym prof. chirurgii, a Dr. Barth z Berlina nadzw. prof. otyjatryi. — **Giessen.** Izby heskie uchwaliły sumę 735.000 marek na wybudowanie nowéj kliniki psychijatrycznéj. — **Praga czeska.** Prof. położnictwa w uniwersytecie niemieckim (dawniéj we Lwowie) Ferdynand Weber-Ebenhof przeniesiony w stan spoczynku otrzymał order korony żelaznéj 3-éj klasy. — **Warszawa.** Prof. Stolnikow obejmuje katedrę kliniki terapeutycznéj, opróżnioną wskutek przeniesienia Popowa do Petersburga. — **Kazań.** Docent Mikulski mianowany został nadzw. profesorem farmakologii.

* **Nekrologija.** W Warszawie zmarł Dr. Stanisław Pruski, lekarz powiatowy w Sohaczewie, w 39 roku życia (*Gaz. Lekarska*).

Kol. Dr. Wroński, lekarz pow. w Gorlicach, donosi nam, że d. 20 września umarł tamże z udaru mózgowego Dr. Kazimierz Zabierowski, liczący lat 45, pozostawiwszy żonę i troje dziatek. Był to kolega zacny, z powodu bezinteresowności swéj cieszący się w mieście i okolicy wielkiem uznaniem i poważaniem, czego najlepszym dowodem wielka liczba mieszkańców tak z miasta jako z okolicy, którzy z prawdziwem rozrzewnieniem odprowadzili zmarłego na miejsce wiecznego spoczynku. Cześć jego pamięci! — We Wiedniu umarł d. 30 września, licząc lat 76, b. profesor anatomii w akademii lekarskiéj w Petersburgu Dr. Wacław Gruber. Urodzony w Czechach, ukończył studyja w Pradze i tamże był asystentem Hyrtla, a późniéj Bochdalka; w r. 1847 powołany został jako prosektor do Petersburga, gdzie w r. 1855 mianowany został profesorem anatomii, który to urząd piastował aż do roku 1887; w tym roku przeszedł w stan spoczynku i powrócił do Austryi. Nader liczne jego prace (około 500) dotyczą anatomii opisowéj, porównawczéj i teratologii. Zaszczycony dowodami uznania tak ze strony rządu rosyjskiego jak austryjackiego nie długo cieszył się dobrze zasłużonym spoczynkiem.

Towarzystwo lekarskie krakowskie odbędzie dnia 8-go b. m. o godzinie 6-téj po południu w gmachu kliniki chorób wewnętrznych w dawnéj sali wykładowéj kliniki chirurgicznéj posiedzenie zwyczajne, na którem: 1) kol. Obaliński pokaże dwie własne nowe metody szycia i podwiązania; 2) kol. Podgórski przedstawi chorego po hernirafii sposobem Bassiniego.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**



Nakładem Tow. lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem A. M. Kosterkiewicza.